AVALIAÇÃO EM SAÚDE:

ALICERCE PARA A PRÁTICA

Daniel Augusto da Silva
(Organizador)

Ano 2021

AVALIAÇÃO EM SAÚDE:

ALICERCE PARA A PRÁTICA

DANIEL AUGUSTO DA SILVA
(ORGANIZADOR)

Atena
Editora
Ano 2021

Ciências Biológicas e da Saúde

Ano 2021

Ciências Biológicas e da Saúde

Avaliação em saúde: alicerce para a prática

Diagramação: Daphynny Pamplona
Correção: Bruno Oliveira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Daniel Augusto da Silva

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A945 Avaliação em saúde: alicerce para a prática/ Organizador Daniel Augusto da Silva. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5983-728-1
DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.281213011

1. Idosos. 2. Saúde. I. Silva, Daniel Augusto da (Organizador). II. Título.

CDD 613.0438

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

Ano 2021

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

PREFÁCIO

É consensual que as ações em saúde devem estar alicerçadas em avaliação do estado de saúde, diagnóstico situacional e em evidências. O diagnóstico situacional é uma ferramenta que possibilita o conhecimento a respeito de características dos indivíduos: sociais, demográficas, biológicas, psíquicas, psicológicas e comportamentais, além das necessidades básicas: sociais, saúde, educação, saneamento, segurança, transporte, habitação, entre outras.

Com posse deste conhecimento, as ações de saúde baseadas em evidências são fortalecidas, amparadas pela utilização de dados produzidos por meio de pesquisas de qualidade e rigor metodológico reconhecido pela comunidade acadêmica.

Partindo destes princípios, este livro tem por objetivo a publicação de pesquisas originais, de revisão sistemática e integrativa, estudos e relatos de casos e estudos de reflexão que tenham como objeto de pesquisa a avaliação do estado de saúde física, mental, social e espiritual, conforme a definição de saúde pela Organização Mundial da Saúde, em âmbitos coletivo e individual. Trata-se de uma obra de referência indicada para profissionais de saúde nas diversas áreas, gestores, pesquisadores, professores e estudantes que almejam o conhecimento a respeito de diagnóstico situacional e avaliação em saúde nas diversas fases do ciclo de vida (infância, adolescência, adulta e idosa).

Daniel Augusto da Silva

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

A CATARATA EM IDOSOS: UMA ANÁLISE SOBRE OS BENEFÍCIOS DA CIRURGIA

Data de aceite: 01/10/2021
Data de submissão: 13/08/2021

Eloisa Rozendo Pais
Fundação Educacional do Município de Assis
Assis - São Paulo
ORCID https://orcid.org/0000-0002-7301-8207

Daniel Augusto da Silva
Fundação Educacional do Município de Assis
Assis – São Paulo
ORCID https://orcid.org/0000-0002-2716-6700

RESUMO: Objetivo: Avaliar o benefício da cirurgia, no contexto do antes e após a cirurgia de catarata. Método: Trata-se de estudo observacional, transversal, documental, retrospectivo, de abordagem quantitativa, por meio de análise de prontuários de atendimentos em unidade de saúde especializada em atendimento oftalmológico em uma cidade do centro-oeste do estado de São Paulo. Considerando os 243 procedimentos cirúrgicos realizados no período de janeiro a dezembro de 2020, 33 foram inclusos em pacientes idosos com 60 anos ou mais. O instrumento para coleta dos dados foi elaborado pelos autores. **Resultados:** Os participantes foram 60,6% do sexo feminino e 39,4% do sexo masculino, dos participantes 93,9% pertenciam a terceira idade (60-79anos) e 6,1% pertenciam a quarta idade (80 anos ou mais). Os sinais e sintomas mais frequentes foram encaminhamento para cirurgia de facectomia, dificuldade visual e embaçamento. Sobre a acuidade visual e pressão intraocular houve melhoria em ambos os olhos nos participantes. **Considerações finais**: Com essa pesquisa foi possível avaliar que a maioria das pessoas submetidas a cirurgia foram a facectomia foram mulheres (55,5%), e pessoas na terceira idade (56,6%). Sobre o sinais e sintomas, os participantes apresentaram como queixa mais frequente: encaminhamento para cirurgia de facectomia (28; 31,8%), dificuldade visual (17; 19,3%), rever grau (10; 11,4%). Sobre a acuidade visual dos pacientes, houve melhoria em ambos os olhos com (73,70%) em olho direito e (57,60%) em olho esquerdo. Sobre a pressão intraocular dos pacientes, houve melhoria em ambos os olhos com (72,70%) em olho direito e (69,70%) em olho esquerdo.

PALAVRAS-CHAVE: Catarata; Serviços de Saúde Ocular.

CATARACT IN THE ELDERLY: AN ANALYSIS OF THE BENEFITS OF SURGERY

ABSTRACT: Objective: To assess the benefit of surgery in the context of before and after cataract surgery. Method: This is an observational, cross-sectional, documentary, retrospective study, with a quantitative approach, through the analysis of medical records at a health unit specialized in ophthalmological care in a city in the midwest of the state of São Paulo. Considering the 243 surgical procedures performed from January to December 2020, 33 were included in elderly patients aged 60 years or more. The instrument for data collection was created by the authors.

Results: The participants were 60.6% female and 39.4% male, 93.9% of the participants belonged to the third age (60-79 years old) and 6.1% belonged to the fourth age (80 years old or more). The most frequent signs and symptoms were referral for cataract surgery, visual difficulties and blurring. Regarding visual acuity and intraocular pressure, there was improvement in both eyes in the participants. **Final considerations**: With this research it was possible to assess that the majority of people undergoing surgery who underwent cataract surgery were women (55.5%), and elderly people (56.6%). Regarding signs and symptoms, the participants presented as the most frequent complaint: referral to cataract surgery (28; 31.8%), visual difficulty (17; 19.3%), review degree (10; 11.4%). Regarding the visual acuity of patients, there was improvement in both eyes (73.70%) in the right eye and (57.60%) in the left eye. Regarding the intraocular pressure of patients, there was improvement in both eyes (72.70%) in the right eye and (69,70%) in the left eye.
KEYWORDS: Cataract; Eye Health Services.

1 I INTRODUÇÃO

A catarata senil é definida pela opacidade do cristalino podendo ser congênita ou adquirida. Dessa forma, estando associada à senilidade, as queixas frequentes em idosos com catarata são: diminuição da capacidade visual, diplopia, sensibilidade á luz e troca frequente de óculos. Através baixa acuidade visual e fundoscopia/biomicroscopia do fundo de olho realizado no consultório, o médico consegue examinar o cristalino. Os exames complementares são realizados para concluir diagnóstico (OLIVEIRA, 2016).

O cristalino podemos dizer que é a lente dos nossos olhos é uma estrutura de consistência gelatinosa e elástica que fica localizada logo atrás da pupila. O paciente tem o cristalino transparente até os 40 anos, após os 40 anos o cristalino tende a ficar transparente então neste estágio dizemos que este paciente tem a Catarata (ABCCR, 2020).

Entende-se que o profissional deve analisar atentamente os exames pré-operatório e condição clínica do idoso. Além disso tem fatores que impedem essa cirurgia: diabete descompensada e pressão arterial alterada, o idoso deve estar em controle com a diabete e hipertensão (MOLETA,2017).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, no mundo, a incidência de catarata senil é de 30% dos pacientes por ano, e no Brasil esse quantitativo é de 51% pessoas (RIBEIRO,2018).

O diagnóstico precoce desta patologia tem potencial para auxiliar rapidamente na vida do paciente, por isso é tão importante o acompanhamento anual com oftalmologista. Em caso de diagnostico tardio o paciente tem o risco de não ter uma boa cirurgia pelo grau em que a opacidade está afetando evoluindo a cegueira (MITRE,2019).

A catarata senil é considerada a principal causa de cegueira prevalente em idoso (SILVA, 2016).

No mundo, a incidência de catarata senil é de 85% da população, e no Brasil 350.000

mil cegos por catarata e a prevalência da catarata relacionada à idade seja de 17,6% antes dos 65 anos; 47,1% no grupo entre 65-74 anos, 73,3% nos indivíduos acima de 75 anos e surge 120.000 mil novos casos a cada ano (CBO,2015).

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo proveniente, deperda progressiva da reserva funcional dos indivíduos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A Organização Pan-Americana de Saúde (2007) define o envelhecimento como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não-patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte.

A história da remoção da catarata teve em registro na data de 600 antes de Cristo, mas em 1747 que aconteceu a primeira extração de catarata extra capsular com uma incisão inferior. Nessa época, não eram realizados cortes e a cicatrização se dava de forma espontânea. Em 1967 o Cirurgião americano Charles Kelman desenvolveu a técnica de facoemulsificação que ocorre na destruição do cristalino opaco com uso de energia ultrassônica e a aspiração dos fluidos restantes, que ainda é utilizado atualmente. A cirurgia de facectomia conhecido como a cirurgia de catarata, está indicado para recuperação da transparência do cristalino e correção da refração e é único tratamento curativo (CREMA,2019).

A cirurgia tem um grande benefício e apresenta alto eficiência intervindo na diminuição da acuidade visual, influenciando a qualidade de vida das pessoas e reduzindo prejuízos funcionais para os pacientes (CAMARGO,2017).

Um dos primeiros sintomas da catarata é a sensação perda progressiva da visão, o paciente ter dificuldade para enxerga mesmo com o uso dos óculos, imagens embaçadas ou distorcidas. A medida do agravamento da doença o paciente visualiza uma mancha branca nos olhos no centro da pupila. O diagnóstico é visível para paciente que faz acompanhamento, mas geralmente o paciente procura o médico quando o quadro está avançado (OLIVEIRA, 2016).

Para o diagnóstico, durante a anamnese pode se notar a baixa acuidade visual, queixas de visão “nublada”, aumento da sensibilidade a luz, alteração cromatológica, mudança da refração. O exame oftalmológico deve ser feito a aferição da acuidade visual que frequentemente estará diminuída e a biomicroscopia encontra-se alteração da transparência do cristalino (OLIVEIRA,2016). Podendo ser o seu tratamento clínico ou cirúrgico (FERREIRA; CAVALCANTI, 2016).

Este estudo tem por objetivo avaliar o desenvolvimento da catarata senil, no contexto do antes e do após a realização da cirurgia.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de estudo observacional, transversal, documental, retrospectivo, de

abordagem quantitativa. Este estudo foi realizado em uma unidade de atendimento especializado, serviços médicos oftalmológicos oferecidos em uma estrutura, que abriga diversas subespecialidades em oftalmologia.

Conforme o delineamento deste estudo, com caráter documental, a fonte dos dados será a análise dos prontuários de atendimentos oftalmológicos por catarata senil realizados em 12 meses, no período de janeiro a dezembro de 2020. Dados fornecidos pela administração da unidade de oftalmologia, afirmam que no ano de 2020 foram realizados 243 procedimentos cirúrgicos de catarata, e esse é o número proposto para coleta dos dados com acesso aos 243 prontuários.

Em primeiro momento foi solicitado autorização para realização deste estudo à direção do Hospital de Olhos Oeste Paulista situado na cidade de Assis/SP.

Após a autorização da mesma, este projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), devido o envolvimento de seres humanos, e somente após a aprovação do mesmo, os dados foram coletados.

Considerando que esta pesquisa possui caráter retrospectivo e documental, com análise de prontuários, e com amostra de 243 prontuários de atendimento oftalmológico na referida unidade, haverá solicitação de dispensa do TCLE.

A coleta dos dados ocorreu em dias e horários previamente acordados com a direção da unidade, de forma a possibilitar local adequado e privativo para acesso aos prontuários e coleta das informações.

O instrumento para coleta dos dados, elaborado pelos autores, é composto por variáveis que auxiliaram atingir os objetivos desta pesquisa, que é analisar o perfil epidemiológico dos pacientes em atendimentos realizados. As variáveis compreenderão informações sobre sexo, idade, sinais e sintomas/queixas, acuidade visual, pressão ocular, relatos de melhora após cirurgia, lente utilizada. Os dados coletados foram analisados utilizando análise estatística descritiva e inferencial por meio de testes estatísticos específicos.

3 I RESULTADOS

Dos 243 possíveis participantes, considerando os critérios de exclusão, obteve-se 65 prontuários para a análise, sendo 33 prontuários em idosos com 60 anos ou mais. As informações a respeito da caracterização dos mesmos estão descritas a seguir.

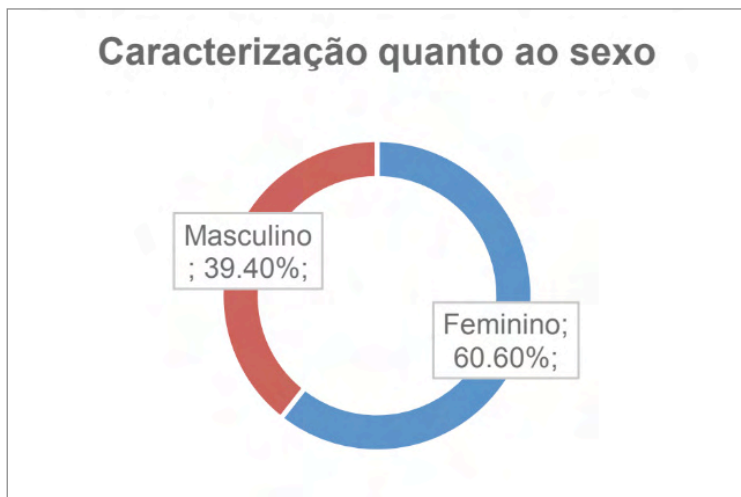
Dos participantes, 20 (60,60%), eram do sexo feminino e 13 (39,40%) eram do sexo masculino (Figura 1).

Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2021.

Figura 1. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto ao sexo (n=33).

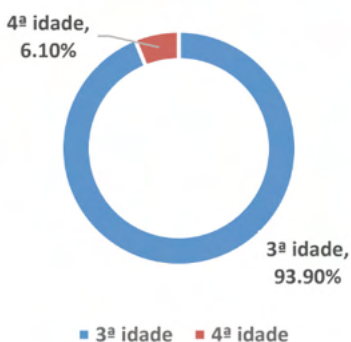
Dos participantes, 31 (93,90%) pertencem a terceira idade (60 a 79 anos) e 2 (6,10%) faziam parte da quarta idade (80 anos e mais) (Figura 2).

Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2021.

Figura 2. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto a idade (n=33).

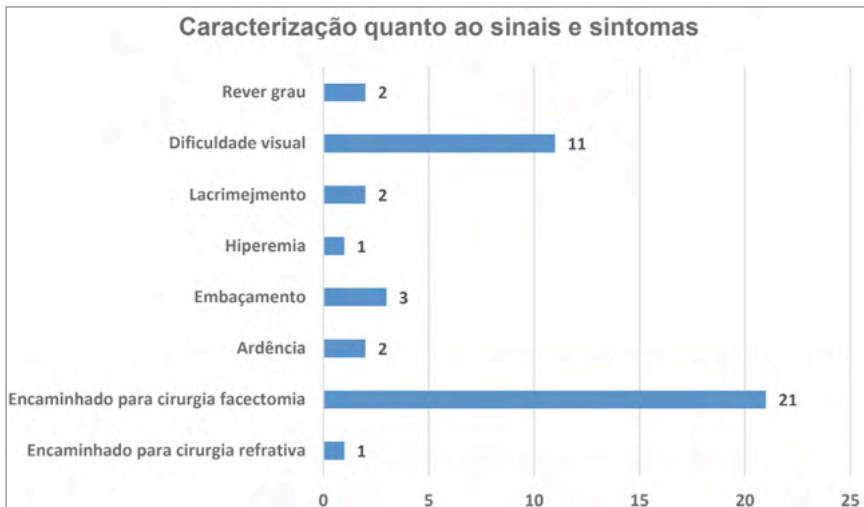
Sobre os sinais e sintomas, os mais incidentes que motivaram a busca pelo atendimento oftalmológico foram: encaminhamento para cirurgia de facectomia (21; 48,8%), dificuldade visual (11; 25,6%) e embaçamento (3; 7,0%) (Figura 3).

Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2021.

Figura 3. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto a sinais e sintomas (n=33).

Em relação a evolução da acuidade visual no decorrer do tratamento, a Tabela 1 apresenta todas as avaliações, e a Figura 4 apresenta a avaliação sobre melhora, manutenção ou piora do quadro. Observa-se um alto índice de melhora da acuidade visual em olho direito.

Paciente	Acuidade visual - pré	Acuidade visual - pós (mediato)	Acuidade visual pós - (15 dias)	Desfecho
1	20/30	20/25-1	20/30	Manteve
2	20/30	20/25-1	20/25-2	Melhorou
3	20/30	20/60-2	20/30	Melhorou
4	20/30	20/30+2	20/40-1	Piorou
p	CD á 3 mts	20/125	20/20	Melhorou
6	20/25	20/25-2	20/20	Melhorou
7	20/25-2	20/30	2020	Melhorou
8	MM	20/100	2030	Melhorou
9	20/20	20/60	20/20	Manteve
10	20/30-1	20/100-2	20/25	Melhorou
11	20/40	20/30-2	20/30	Melhorou
12	20/25	20/40+2	20/30+2	Piorou
13	20/20	20/25-2	20/20	Manteve
14	20/25	20/30	20/30-1	Piorou
15	20/30-2	20/25-1	20/25	Melhorou
16	20/80	20/30	20/30	Melhorou

17	20/100-2	20/100+2	20/40	Melhorou
18	20/125-1	20/30-2	20/25-1	Melhorou
19	20/60-2	20/60+2	20/30	Melhorou
20	20/30	20/25-2	20/20	Melhorou
21	20/25-1	20/125-2	20/20-1	Melhorou
22	20/20	20/40-1	20/20	Manteve
23	20/20	20/30	20/20	Manteve
24	20/30-2	20/100-2	20/40-2	Piorou
25	20/60-2	20/50	20/40+2	Melhorou
26	20/80-2	20/80	20/30	Melhorou
27	20/50	20/200	20/25-1	Melhorou
28	20/50-2	20/60-2	20/25	Melhorou
29	20/200-2	20/100	20/30-1	Melhorou
30	20/100	20/60-1	20/30	Melhorou
31	20/30-1	20/30	20/25	Melhorou
32	20/20-2	20/20-2	20/20	Melhorou
33	20/30-1	20/20-1	20/20-1	Melhorou

Tabela 1. Descrição da evolução da acuidade visual no decorrer do tratamento – olho direito (n=33).

Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2021.

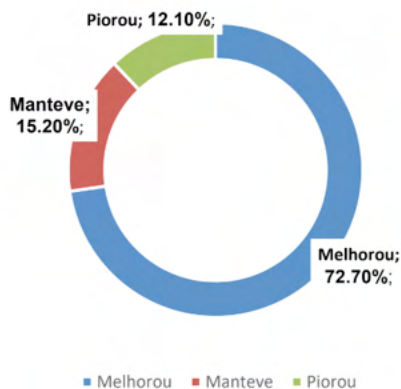



Figura 4. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto a acuidade visual OD (n=33).

Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2021.

Em relação a evolução da acuidade visual no decorrer do tratamento, a Tabela 2 apresenta todas as avaliações, e a Figura 5 apresenta a avaliação sobre melhora, manutenção ou piora do quadro. Observa-se um alto índice de melhora da acuidade visual em olho esquerdo.

Paciente	Acuidade visual pré	Acuidade visual pós (mediato)	Acuidade visual pós (15 dias)	Desfecho
1	20/25-1	20/30	20/30	Piorou
2	20/20	20/25	20/25	Piorou
3	20/30	20/40	20/30	Manteve
4	20/25	20/80	20/30-1	Piorou
5	20/125-2	Cd á 2 mts	20/25	Melhorou
6	20/30	20/30	20/20	Melhorou
7	20/30-2	20/30+2	20/20	Melhorou
8	20/30-2	20/80-2	20/40	Piorou
9	20/40	20/30	20/20	Melhorou
10	20/125	20/100+2	20/60-2	Melhorou
11	20/25-2	20/30	20/30	Piorou
12	20/25	20/30-1	20/20-2	Melhorou
13	20/25-1	20/50-2	20/30	Piorou
14	20/25	20/30-2	20/30-1	Piorou
15	20/80-2	20/40-1	20/25	Melhorou
16	20/50-1	20/50-2	20/25	Melhorou
17	20/40	20/25	20/30	Melhorou
18	20/30-1	20/30	20/40	Piorou
19	20/50-2	20/30-2	20/30	Melhorou
20	20/80-1	20/30-1	20/20	Melhorou
21	20/30	20/40-1	20/50	Piorou
22	20/25	20/30	20/40+2	Piorou
23	20/60	20/20	20/20	Melhorou
24	20/30+2	20/50-2	20/20-1	Melhorou
25	20/60-1	20/40-1	20/60-1	Manteve
26	20/80	20/60-1	20/30	Melhorou
27	20/60	20/80+1	20/30-1	Melhorou
28	20/40	20/100-2	20/25	Melhorou
29	20/125+2	20/30-2	20/30-2	Melhorou
30	PL	Cd á 10 cm	20/30	Melhorou
31	20/30-1	20/25	20/25	Melhorou
32	20/25-1	20/25+2	20/30	Piorou
33	20/20-1	20/20	20/40+2	Piorou

Tabela 2. Descrição da evolução da acuidade visual no decorrer do tratamento – olho esquerdo (n=33).

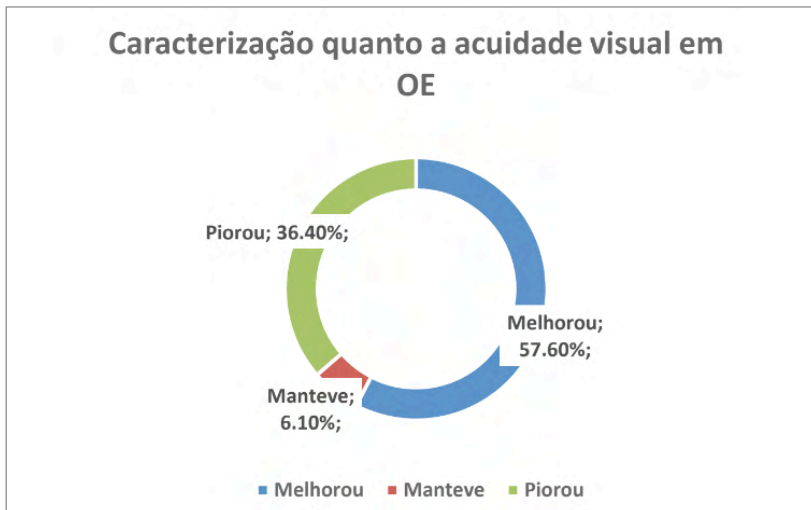



Figura 5. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto a acuidade visual OE (n=33).

Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2021.

Em relação a evolução da pressão intraocular no decorrer do tratamento, a Tabela 3 apresenta todas as avaliações, e a Figura 6 apresenta a avaliação sobre melhora, manutenção ou piora do quadro. Observa-se um alto índice de melhora da pressão intraocular em olho direito.

Paciente	Pressão Intraocular - pré	Pressão Intraocular - pós (15 dias)	Desfecho
1	16	12	Melhorou
2	23	12	Melhorou
3	12	12	Manteve
4	16	15	Melhorou
5	13	12	Melhorou
6	13	10	Melhorou
7	13	12	Melhorou
8	13	12	Melhorou
9	12	13	Piorou
10	14	10	Melhorou
11	15	12	Melhorou
12	12	10	Melhorou
13	06	11	Melhorou
14	11	08	Melhorou
15	20	16	Melhorou
16	14	12	Melhorou

17	18	12	Melhorou
18	12	10	Melhorou
19	19	14	Melhorou
20	17	16	Melhorou
21	18	15	Melhorou
22	14	16	Piorou
23	13	11	Melhorou
24	15	15	Manteve
25	16	12	Melhorou
26	20	14	Melhorou
27	14	10	Melhorou
28	13	08	Melhorou
29	17	11	Melhorou
30	18	16	Melhorou
31	09	10	Piorou
32	14	08	Melhorou
33	12	12	Manteve

Tabela 3. Descrição da evolução da pressão intraocular no decorrer do tratamento – olho direito (n=33).

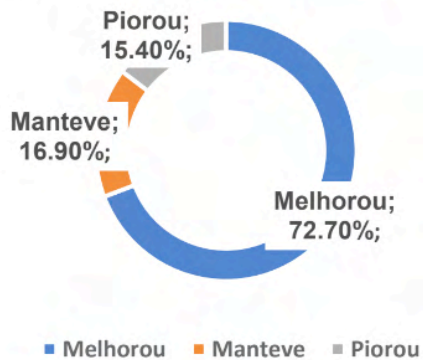



Figura 6. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto a pressão intraocular OD (n=65).

Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2021.

Em relação a evolução da pressão intraocular no decorrer do tratamento, a Tabela 4 apresenta todas as avaliações, e a Figura 7 apresenta a avaliação sobre melhora, manutenção ou piora do quadro. Observa-se um alto índice de melhora da pressão intraocular em olho esquerdo.

Paciente	Pressão Intracular - pré	Pressão Intraocular - pós (15 dias)	Desfecho
1	12	11	Melhorou
2	21	10	Melhorou
3	12	14	Piorou
4	14	15	Piorou
5	14	12	Melhorou
6	15	08	Melhorou
7	12	11	Melhorou
8	15	12	Melhorou
9	13	11	Melhorou
10	12	11	Melhorou
11	16	12	Melhorou
12	09	12	Piorou
13	06	12	Piorou
14	10	08	Melhorou
15	19	16	Melhorou
16	14	12	Melhorou
17	20	13	Melhorou
18	13	11	Melhorou
19	17	14	Melhorou
20	16	19	Piorou
21	19	15	Melhorou
22	19	13	Melhorou
23	15	12	Melhorou
24	16	16	Manteve
25	20	12	Melhorou
26	19	13	Melhorou
27	13	08	Melhorou
28	16	17	Piorou
29	14	10	Melhorou
30	07	16	Piorou
31	09	10	Piorou
32	12	09	Melhorou
33	12	12	Manteve

Tabela 4. Descrição da evolução da pressão intraocular no decorrer do tratamento – olho esquerdo (n=33).

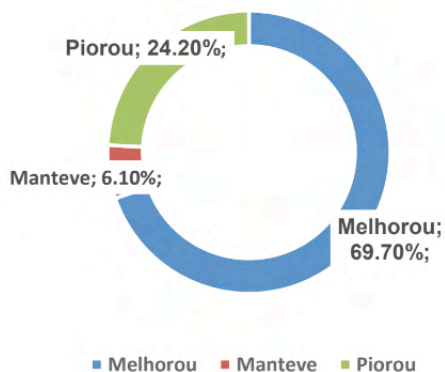



Figura 7. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto a pressão intraocular OE (n=33).

Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2021.

Também verificamos o número da lente que foi utilizada nas cirurgias de facectomia em olho direito. Observa-se que as mais usadas foram: 20,50 (15,2%), 20,00 (12,1%) e 22,50(12,1%) (Figura 8).

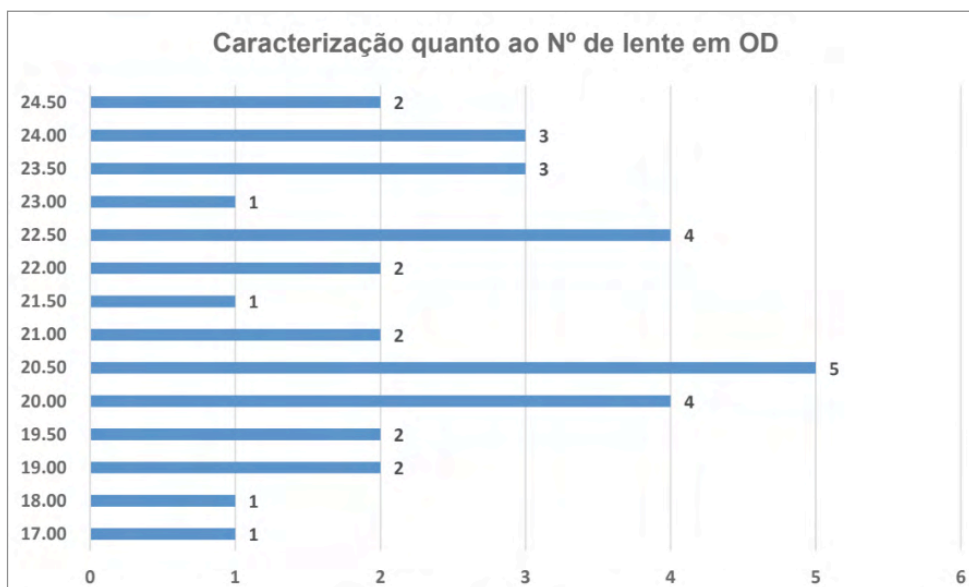



Figura 8. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto a Nº de lente em OD (n=33).

Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2021.

Também verificamos o número da lente que foi utilizada nas cirurgias de facectomia em olho esquerdo. Observa-se que as mais usadas foram: 21,50 (18,2%), 23,50 (15,2%), 20,00 (9,1%) (Figura 9).

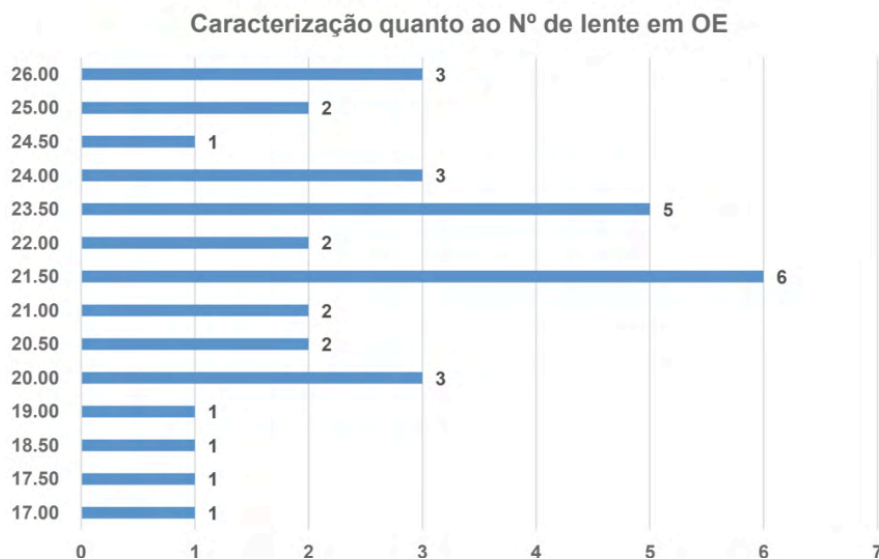



Figura 9. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto a Nº de lente em OE (n=3

Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2021.

4 I DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, a maioria dos pacientes que foram submetidos a facectomia eram mulheres (60,6%). Outros estudos trouxeram a mesma informação, como em Aracaju/SE, em que foi realizado com 41 participantes e 65,9% eram mulheres (TELES, 2020), esse resultado também teve a mesma informação em São Paulo/SP em que 99 participantes, 64,6% eram mulheres (FILHO,2010).

Em outro estudo comparado em que foi realizado com 30 idosos, trouxe uma informação de meio a meio em 15 mulheres (50%) e 15 homens (50%) (PINHEIRO, 2016).

Esse resultado vai de acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) que revela que a prevalência da catarata atinge 31,9% das mulheres na qual as mulheres têm maior risco devido as mudanças hormonais provocadas, por conta do período da menopausa (FIGUEIREDO, 2020).

Observou-se nesta pesquisa que ao analisar a faixa etária do paciente, houve prevalência nos pacientes que pertence a terceira idade 60-79 anos (93,9%). Outros estudos trouxeram a mesma informação, como no Rio de Janeiro em que foi realizado uma pesquisa com 27 participantes, (41,7%) eram de 70 e 79 anos. Em Brasília um estudo realizado com 38 participantes, (26,3%) eram de ≥70 anos (MENEZES, 2016).

No Conselho Nacional da Oftalmologia prevalência de catarata senil é de 17,6% nos menores de 65 anos; 47,1% no grupo entre 65-74 anos e 73,3% nos indivíduos acima de 75 anos (CBO,2019).

Esse resultado comparado com o Conselho Nacional de Oftalmologia trouxe que a catarata em idosos, tem relação a condição socioeconômica do paciente. Devido a ineficácia do SUS que é responsável por 65% da população. E deviam garantir a realização de pelo menos 390 mil cirurgias de catarata/ano, outras 180 mil cirurgias devem ser realizadas pelo setor privado, chegando-se a um total de 540 mil (CBO, 2019).

Nesta pesquisa observou-se que os sinais e sintomas mais frequentes foram encaminhamento para cirurgia de facectomia (17; 19,3%), dificuldade visual (10; 11,4%). Esse resultado é semelhante a estudo realizado em Brasília em que os sinais e sintomas foram "diminuição da acuidade visual", "visão "nublada ou enevoada", "aumento da sensibilidade à luz", "alteração cromatológica, mudança da refração" (DOMINGUES,2016).

A catarata é classificada em três estágios: incipiente, quando o cristalino começa a enturvar, madura quando o cristalino adquire opacificação difusa e hipermadura quando o cristalino adquire opacificação completo. Então quando a catarata está comprometida existem limitações ao paciente fazendo com que as queixas sejam mais frequentes (CENTURION,2003).

Observou-se nesta pesquisa que ao analisar a acuidade visual do paciente, houve uma melhoria na acuidade visual após a cirurgia em ambos os olhos, em OD (67,7%) e OE (50,8%). Outro estudo nos Estados Unidos trouxe a mesma informação, em que participaram 156 idosos, confirma a melhora da acuidade visual após a intervenção cirúrgica passou de 1,23 (±0,46) referente a 20/400 para 0,57 (±0,53) referente a 20/60. Em São Paulo/SP trouxeram a mesma informação também, em participou 179 pacientes, e que a acuidade visual sem complicação em ambos os olhos atingiu 82,4% (KANGE,2015).

A diminuição da acuidade visual é devido a catarata, então a partir da remoção dessa catarata os pacientes relatam uma melhora de visão. Podendo ter complicação em relação a outras doenças relacionada.

Observou-se também a pressão intraocular, em que nesta pesquisa houve uma melhoria na pressão intraocular, em OD (73,8%) e OE (73,8%). Em outro estudo realizado em Lisboa, com 75 participantes trouxe uma melhora da pressão intraocular com uma diminuição da PIO na ordem dos 1,48 ± 2,98mmHg (PICOTO,2014).

Observou-se que no implante de lente intraocular, as lentes que foram mais utilizadas foram olho direito foi 20,50 (15,2%), 20,00 (12,1%) e em olho esquerdo 21,50 (18,2%), 23,50 (15,2%).

5 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta pesquisa foi possível avaliar que a maioria das pessoas com catarata que

foram submetidas a facectomia foram mulheres (55,5%), e pessoas na terceira idade (56,6%)

Sobre o histórico e identificação dos sinais e sintomas mais frequentes relacionados a catarata foram pacientes que foram encaminhamento para cirurgia de facectomia (28; 31,8%), dificuldade visual (17; 19,3%), rever grau (10; 11,4%).

Sobre as alterações da acuidade visual em ambos os olhos em pacientes submetidos a facectomia, foi observado que houve uma melhora de (76,80%) em olho direito e (50,80%) em olho esquerdo

Sobre as alterações da pressão intraocular, houve uma melhoria em ambos os olhos, de (76,80%) em olho direito e (50,80%) em olho esquerdo.

E sobre as lentes intraoculares implantadas, as lentes mais utilizadas em olho direito foi 22,00 (10,8%), 24,00 (9,2%), 21,00 (9,2%) e 20,50 (9,2%) e em olho esquerdo: 21,50 (13,6%), 23,50 (10,7%), 24,00 (9,2%) e 25,00 (7,2%).

Este trabalho foi realizado para observar o benefício da cirurgia de facectomia. Foi observado uma importância significativa em pacientes submetidos a cirurgia de facectomia, pois os resultados obtidos trouxeram melhoria no quadro do paciente. A cirurgia traz benefícios aos pacientes, na qualidade de vida e na recuperação do paciente.

REFERÊNCIAS

MENEZES, Caroline.; VILAÇA, Karla Helena Coelho.; MENEZES, Ruth Losada. Quedas e qualidade de vida de idosos com catarata. **Revista Brasileira de Oftalmológica**, Rio de Janeiro 2016, 75 (1): 40-4. Disponivél em: https://www.scielo.br/j/rbof/a/n6V779hRtZhtBKKsffhmZhw/?format=pdf&lang=pt.Acesso em: 07 jul.2021.

PEREIRA, Gustavo Veloso *et al*. Capacidade Funcional de Idosos Portadores de Catarata Senil.: **Revista Unimontes Cientifica**, p. 24–31, 2020. Disponível em: https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/240. Acesso em:07 jul.2021.

MACEDO, Barbara Gazolla de; PEREIRA, Leani Souza Máximo; ROCHA, Fábio Lopes. Medo de cair e qualidade de vida em idosos com catarata: **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**., Rio de Janeiro, 2013.v.16, e.3, p.569-577. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbgg/a/FLdjdzTZbYX8ZVhGsXRHsgC/?lang=pt&format=pdf> Acesso em:07 jul.2021.

PAZ, Leonardo Petrus da Silva *et al*. Fatores associados a quedas em idosos com catarata: **Scielo**. v.23, e.8, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/8DpGtnGybBJmFHmFHzKKhGB/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 07jul.2021.

DOMINGUES, Vinícius Oliveira *et al*. Catarata senil: uma revisão de literatura: **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**. V.5 e.1,2016. Disponível em: https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/6756/4334. Acesso em: 07 jul.2021.

MITRE, Jorge. Medos e dúvidas que envolvem a cirurgia da catarata**: Central da Catarata,** São Paulo, mar.2019. Disponível em: https://universovisual.com.br/secaodesktop/noticias/319/medos-e-duvidas-que-envolvem-a-cirurgia-da-catarata> Acesso em: 07 jul.2021.

ALMANÇA ,Ana carolina dalarmelina , JARDIM, Stella Pereira, DUARTE, Suélen Ribeiro Miranda Pontes. Perfil epidemiológico do paciente submetido ao mutirão de catarata: **Rev. Brasileira de Oftalmologia**, Itajúba. V.77 e.5, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbof/a/DjsQzzdc7XWdRWZRSH4GSFN/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 07 jul.2021.

MOLETA, Ana. Enfermagem na Saúde do Idoso: **Editora e Distribuidora Educacional S.A**. 2017. Disponível em: http://www.santaisabel.com.br/upl/pagina_adicional/download_-_enfermagem_na_saude_do_idoso-01-09-2019_19-12-58.pdf. Acesso em: 07.jul.2021.

SANTANA,Tainara Sardeiro de *et al*. Impacto da facectomia na qualidade de vida de idosos atendidos em campanha assistencial de catarata. **Rer.Eletr.Enf.** [Internet]. 2017. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.39498. Acesso em: 07.jul.2021.

MACEDO , Barbara Gazolla de *et al*. Correlação entre acuidade visual e desempenho funcional em idosos com catarata. **Geriatria&Gerontologia**. V.3, e.4, p.13 out/nov/dez 2009.Disponível em: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/2009-4.pdf#page=13. Acesso em: 07.jul 2021.

PEREIRA, Nathalia Braga *et al.* Avaliação da função visual e qualidade de vida relacionada à visão em pacientes portadores de catarata senil. **Ver.Bras. Oftalmol**. v.80 e.2, p.111.2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbof/a/gTxHCgNypThVdv7hSpn3nBQ/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 07.jul.2021.

TELES ,Lucas Pinheiro Machado *et al.* Análise da qualidade de vida antes e após cirurgia de catarata com implante de lente intraocular. **Ver.Bras.Oftalmol**. v.79, e.4, p. 242-7.2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbof/a/TP5Ys47FfDLQsvSb8TjZmpP/?lang=pt&format=pdf. Acesso em 07.jul.2021.

PINHEIRO, Sarah Brandão *et al*. Avaliação do equilíbrio e do medo de quedas em homens e mulheres idosos antes e após a cirurgia de catarata senil. **Rev. Bras. Geriatr. Geronto**. v.19, e.3, p.521-532, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbgg/a/XsgDMqcyThM796rRWzqMnmP/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 07.jul.2021.

OTTAIANO,José Augusto Alves *et al*. As Condições de Saúde Ocular no Brasil. **Conselho Bras. Oftalmologia**. e.1 p.14-27, 2019. Disponível em: https://www.cbo.com.br/novo/publicacoes/condicoes_saude_ocular_brasil2019.pdf. Acesso em:07.jul.2021.

PICOTO ,Maria *et al.* Pressão intraocular (PIO) após cirurgia de extração de catarata. **Rev Bras Oftalmol**.v.73, e.4. p.230,2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbof/a/tjdZDCNDbNrzbJ3Y9s6wgHt/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 07.jul.2021.

KANGE ,Patrícia Mencaroni *et al*. Comparação de acuidade visual final: cirurgias de catarata com intercorrências versus sem intercorrências. **Rev Bras Oftalmol**. v.74, e.3, p.141, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbof/a/NpwPhjSGmvDbr5KDnsDBQPP/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 07.jul.2021.

CENTURION, V. Catarata: Diagnóstico e tratamento. **Conselho Bras.de Oftalmologia**. 30.mar.2003. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/minusculo100_diretrizes/catarata_diag_e_tratamento.pdf. Acesso em: 07.jul.2021.

CAPÍTULO 2

A DEPRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS ESTÁ ASSOCIADA AO GRAU DE DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Data de aceite: 01/10/2021
Data de submissão: 13/08/2021

Lucas Silveira Garcia
Fundação Educacional do Município de Assis
Assis – São Paulo
ORCID http://orcid.org/0000-0002-0062-5006

Daniel Augusto da Silva
Fundação Educacional do Município de Assis
Assis – São Paulo
ORCID https://orcid.org/0000-0002-2716-6700

RESUMO: Objetivo: Verificar a existência de associação entre sintomatologia depressiva e grau de dependência funcional em idosos institucionalizados. **Métodos:** Trata-se de estudo observacional, transversal, com abordagem quantitativa, realizado com idosos de uma instituição de longa permanência em cidade do centro-oeste do estado de São Paulo. As entrevistas foram realizadas no primeiro bimestre de 2020, com instrumento elaborado pelos autores, Escala de Depressão Geriátrica e o Índice de Barthel Modificado. Os dados coletados compuseram um banco de dados, e analisados com análise estatística e inferencial por meio da ANOVA 1 fator e Qui-quadrado de Pearson. **Resultados:** Foram entrevistados 26 idosos, a maioria do sexo feminino (15; 57,7%), na terceira idade – 60 a 79 anos (17; 65,4%). Metade apresentaram quadro psicológico normal e a outra metade com depressão leve ou severa. A totalidade dos participantes é dependente, de forma morada ou severa. Percebe-se que o estado de saúde está ligado ao surgimento da depressão, em especial quando existe uma grande incapacidade na atividade de vida diária da pessoa idosa; a relação de dependência e depressão tiveram resultados significativos nesta pesquisa. **Conclusões:** Existe associação estatística relacionada ao quadro psicológico e o nível de dependência, de modo que idosos com maior dependência para a realização das atividades de vida diária apresentam sintomatologia depressiva.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso, Instituição de Longa Permanência para Idosos, Depressão, Atividades Cotidianas.

DEPRESSION IN INSTITUTIONALIZED ELDERLY IS ASSOCIATED WITH THE DEGREE OF FUNCTIONAL DEPENDENCE

ABSTRACT: Objective: To verify the existence of an association between depressive symptoms and the degree of functional dependence in institutionalized elderly. **Methods:** This is an observational, cross-sectional study with a quantitative approach, carried out with elderly people from a long-term care facility in a city in the midwest of the state of São Paulo. The interviews were carried out in the first two months of 2020, with an instrument developed by the authors, the Geriatric Depression Scale and the Modified Barthel Index. The collected data composed a database, and analyzed with statistical and inferential analysis using ANOVA 1 factor and Pearson's Chi-square. **Results:** Twenty-six elderly people were interviewed, most

of them female (15; 57.7%), in the third age – 60 to 79 years (17; 65.4%). Half had normal psychological status and the other half had mild or severe depression. All participants are dependent, on an address or severe. It is noticed that the health status is linked to the onset of depression, especially when there is a great incapacity in the elderly person's daily activities; the relationship of dependence and depression had significant results in this research. **Conclusions:** There is a statistical association related to the psychological condition and the level of dependence, so that elderly people with greater dependence to carry out activities of daily living present depressive symptoms.
KEYWORDS: Elderly, Long-stay Institution for the Elderly, Depression, Everyday Activities.

1 I INTRODUÇÃO

No mundo, cerca de 350 milhões de pessoas apresentam transtorno depressivo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). No Brasil são cerca de 11,5 milhões de pessoas (SILVA; SILVA, 2020). É um dos transtornos psiquiátricos mais comuns em idosos e é fator de risco para suicídio em idosos (SALARI et al., 2020).

Seu desenvolvimento é inerente ao processo de envelhecimento, marcado por múltiplas experiências desagradáveis como a perda de entes queridos, a necessidade de uso de medicamentos, o surgimento de doenças, a vulnerabilidade social, perda da autonomia e a dependência para realização de atividades de vida diária, resultado do declínio gradual na função dos sistemas do corpo (SALARI et al., 2020; CORRÊA et al., 2020; MANSO; CAMILO; JAVITTI; BENEDITO, 2019).

Com a dependência funcional, justifica-se, grande parte das vezes, a ocorrência da institucionalização do idoso em locais que oferecem atendimento e cuidado, satisfazendo as necessidades biopsicossociais dos idosos sem vínculo familiar ou sem condições de manter sua subsistência (FABER; SCHEICHER; SOARES, 2017; RESENDE; NASCIMENTO; ARVELOS; OLIVEIRA; COELHO, 2020).

Todavia, ressalta-se que o processo de institucionalização pode desencadear uma série de adversidades, incluindo a depressão, presente em maior intensidade nesta população, quando comparada a de idosos residentes na comunidade, 60% e 10% respectivamente (FABER; SCHEICHER; SOARES, 2017; RESENDE; NASCIMENTO; ARVELOS; OLIVEIRA; COELHO, 2020).

Observa-se a ocorrência de um ciclo, no qual a depressão em idosos institucionalizados pode ocasionar o aumento do grau de dependência funcional, e a dependência funcional é fator de risco para o desenvolvimento da depressão (FABER; SCHEICHER; SOARES, 2017; RESENDE; NASCIMENTO; ARVELOS; OLIVEIRA; COELHO, 2020; RAMOS; CARNEIRO; BARBOSA; MENDONÇA; CALDEIRA, 2015).

No intuito de colaborar com essa perspectiva, a presente pesquisa objetivou verificar a existência de associação entre sintomatologia depressiva e grau de dependência funcional em idosos institucionalizados.

2 | MÉTODO

Trata-se de estudo observacional, transversal, com abordagem quantitativa, realizado com idosos de uma instituição de longa permanência em cidade do centro-oeste do estado de São Paulo.

Os participantes da pesquisa foram selecionados por amostragem não probabilística por conveniência, de forma que o tamanho da amostra foi definido pela aceitação para participar da mesma. Foi considerado critério de exclusão a presença de déficit intelectual que não permitiria a resposta às perguntas dos instrumentos selecionados para a coleta dos dados.

As entrevistas foram realizadas no primeiro bimestre de 2020, em dias e horários previamente acordados com a direção da instituição, de forma a possibilitar local adequado e privativo para abordagem aos idosos e coleta das informações. Na abordagem aos idosos, houve o convite à participação e explicação do tema do estudo e objetivos do mesmo. Após o entendimento por parte dos mesmos, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi lido e assinado em duas vias pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador, entregando uma via para cada um.

Foi utilizado um instrumento, elaborado pelos autores composto por questões para caracterização sociodemográfica, a Escala de Depressão Geriátrica e o Índice de Barthel Modificado.

A Escala de Depressão Geriátrica, validada no Brasil, é composta por 15 questões, respondidas como sim ou não, possibilita pontuação de zero a 15, que são interpretadas: 0 a 5 pontos: indica quadro psicológico normal; 6 a 10 pontos: indica quadro de depressão leve; 11 a 15 pontos: indica quadro de depressão severa (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005).

O Índice de Barthel Modificado, validado no Brasil, pertence ao campo de avaliação das atividades da vida diária e mede a independência funcional nas atividades de alimentação, higiene pessoal, uso do banheiro, banho, continência do esfíncter anal, continência do esfíncter vesical, vestir-se, transferências (cama e cadeira), subir e descer escadas, deambulação, manuseio da cadeira de rodas (alternativo para paciente que não deambula). Cada atividade é composta de cinco níveis de avaliação, pontuados de um a cinco pontos, de forma que o instrumento permite pontuação entre 10 e 50, que corresponde a classificação de dependência: dependência total: 10 pontos; dependência severa: 11 a 30 pontos; dependência moderada: 31 a 45 pontos; ligeira dependência: 46 a 49 pontos; independência total: 50 pontos (MINOSSO; AMENDOLA; ALVARENGA; OLIVEIRA, 2010).

Os dados coletados compuseram um banco de dados, a partir da digitação de informações no software Microsoft Excel, que foram analisados usando o software Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 20.0, para cálculo das análises descritivas e de comparação entre médias, por meio da ANOVA 1 fator. A análise categorial foi realizada por

meio de Teste Qui-quadrado. O nível de significância adotado em ambos os testes foi de 0,05, que traduz confiança de 95% para as afirmações.

Atendendo à Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Educacional do Município de Assis, CAAE 23639119.7.0000.8547, e aprovada com Parecer número 3.680.626, de 04 de novembro de 2019.

3 I RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 26 idosos residentes em uma instituição de longa permanência de cidade no centro-oeste do estado de São Paulo. A avaliação das variáveis sociodemográficas revelou a maioria do sexo feminino 15 (57,7%), na terceira idade – 60 a 79 anos 17 (65,4%). Na classificação dos participantes em relação a Escala de Depressão Geriátrica, não houveram participantes com pontuação que remete a Depressão moderada. Nota-se que, no total, metade por participantes apresentaram quadro psicológico normal e a outra metade com depressão leve ou severa.

A Tabela 1 apresenta as demais informações sobre as características sociodemográficas e o resultado da Escala de Depressão Geriátrica.

Característica	n (%)	Escala de Depressão Geriátrica			EDG*	p-valor**
		Normal n (%)	Depressão leve n (%)	Depressão severa n (%)		
Sexo						**0,884**
Feminino	15 (57,7)	8 (53,3)	4 (26,7)	3 (20,0)	5,60	
Masculino	11 (42,3)	5 (45,5)	5 (45,5)	1 (9,1)	5,82	
Faixa etária						0,458
Terceira idade***	17 (65,4)	10 (58,8)	4 (23,5)	3 (17,6)	5,29	
Quarta idade****	9 (34,6)	3 (33,3)	5 (55,6)	1 (11,1)	6,44	
Cor de pele						**0,928**
Branca	16 (61,5)	9 (56,2)	4 (25,0)	3 (18,8)	5,50	
Parda	8 (30,8)	3 (37,5)	4 (50,0)	1 (12,5)	6,13	
Preta	2 (7,7)	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	5,50	
Estado civil						**0,327**
Solteiro	11 (42,3)	7 (63,6)	3 (27,3)	1 (9,1)	4,91	

Viúvo	8 (30,8)	4 (50,0)	3 (37,5)	1 (12,5)	5,13	
Divorciado	6 (23,1)	2 (33,3)	3 (50,0)	1 (16,7)	7,00	
Casado	1 (3,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	11,00	
Religião						**0,552**
Católica	19 (73,1)	10 (52,6)	6 (31,6)	3 (15,8)	5,63	
Evangélica	5 (19,2)	2 (40,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	6,40	
Espírita	1 (3,8)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,00	
Não tem	1 (3,8)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	8,00	
Total	26 (100,0)	13 (50,0)	9 (34,6)	4 (15,4)	5,69	

*Média para Escala de Depressão Geriátrica; ** ANOVA 1 fator; *** 60 a 79 anos; **** 80 anos e mais.

Tabela 1. Características sociodemográficas e classificação quanto ao resultado da Escala de Depressão Geriátrica (n = 26). Assis, SP, 2021.

A Tabela 2 apresenta informações sobre a avaliação do grau de dependência, com aplicação do Índice de Barthel Modificado. Observa-se que a totalidade dos participantes é dependente, de forma morada ou severa. Encontrou-se associação relacionada ao grau de dependência e o estado civil (p = 0,044).

Característica	n (%)	Grau de dependência		IBM*	p-valor**
		Dependência moderada n (%)	Dependência severa n (%)		
Sexo					**0,365**
Feminino	15 (57,7)	10 (66,7)	5 (33,3)	32,67	
Masculino	11 (42,3)	7 (63,5)	4 (36,4)	36,00	
Faixa etária					**0,312**
Terceira idade***	17 (65,4)	12 (70,6)	5 (29,4)	35,41	
Quarta idade****	9 (34,6)	5 (55,6)	4 (44,4)	31,56	
Cor de pele					**0,372**
Branca	16 (61,5)	9 (56,2)	7 (43,8)	32,25	
Parda	8 (30,8)	6 (75,0)	2 (25,0)	36,13	
Preta	2 (7,7)	2 (100,0)	0 (0,0)	40,50	
Estado civil					**0,044**
Solteiro	11 (42,3)	10 (90,9)	1 (9,1)	39,45	
Viúvo	8 (30,8)	5 (50,0)	4 (50,0)	32,00	
Divorciado	6 (23,1)	3 (50,0)	3 (50,0)	28,50	
Casado	1 (3,8)	0 (0,0)	1 (100,0)	25,00	
Religião					**0,331**

Católica	19 (73,1)	14 (73,7)	5 (26,3)	35,16
Evangélica	5 (19,2)	1 (20,0)	4 (80,0)	27,80
Espírita	1 (3,8)	1 (100,0)	0 (0,0)	37,00
Não tem	1 (3,8)	1 (100,0)	0 (0,0)	42,00
Total	26 (100,0)	17 (65,4)	9 (34,6)	34,07

*Média para Índice de Barthel Modiicado; ** ANOVA 1 fator; *** 60 a 79 anos; **** 80 anos e mais.

Tabela 2. Características sociodemográficas e classificação quanto ao resultado do Índice de Barthel Modificado (n = 26). Assis, SP, 2021.

Existe associação estatística relacionada ao quadro psicológico e o nível de dependência, de modo que idosos com maior dependência para a realização das atividades de vida diária apresentam sintomatologia depressiva, p<0,001 (Tabela 3).

Escala de Depressão Geriátrica	Dependência moderada n (%)	Dependência severa n (%)	p-valor*
Normal	11 (84,6)	2 (15,4)	
Depressão leve	5 (55,6)	4 (44,4)	**< 0,001**
Depressão severa	1 (25,0)	3 (75,0)	

* Teste de Qui-quadrado de Pearson

Tabela 3. Associação entre a depressão e o nível de dependência (n = 26). Assis, SP, 2021.

4 | DISCUSSÃO

As instituições de longa permanência são lugares de acolhimento à pessoa idosa, alguns fatores são determinantes na institucionalização do idoso como morar sozinho ou ausência de companheiro, ausência de cuidador domiciliar, viuvez, aposentadoria com rendimento baixo, suporte social precário, aumento de gastos com saúde, estágios terminais de doença, alto grau de dependência física, necessidades de reabilitação (FAGUNDES; ESTEVES; RIBEIRO; SIEPIERSKI; SILVA; MENDES, 2017).

O risco de acidentes com a pessoa idosa é alto, portanto, ela deve ser sempre assistida por um responsável. Vale ressaltar que o processo de envelhecimento traz desconfortos para a pessoa idosa quando se percebem incapazes de realizar as atividades do cotidiano, muitos casos o familiar do idoso não consegue prestar os devidos cuidados que a pessoa idosa requer, então a instituição de longa permanência é o local onde a pessoa idosa receberá todos os cuidados necessários nesse período de sua vida (FAGUNDES; ESTEVES; RIBEIRO; SIEPIERSKI; SILVA; MENDES, 2017; SILVEIRA; SILVA, 2020; SILVA; MARCOLAN, 2021).

Quando o familiar recorre institucionalizar o idoso, ele busca uma atenção e cuidado que ele não consegue fornecer devido a dificuldade na disponibilidade de tempo. A solidão, o sentimento de abandono e dificuldades na socialização do idoso na nova moradia contribui

para o surgimento de doenças como a depressão (MORAES et al., 2014).

Nesta pesquisa, os resultados da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica evidenciam que 50% dos idosos participantes foram classificados como depressão leve e grave.

Vários estudos abordam a temática da depressão em idosos institucionalizados, em Foz do Iguaçu/PR, uma pesquisa realizada com 50 idosos de uma instituição de longa permanência, 25 não foram caracterizados como depressivos, e 25 tiveram classificações como depressivos leves e graves (MURILLO, 2020), semelhante ao que foi encontrado em uma instituição de longa permanência localizada Divinópolis/MG, foram entrevistados 50 idosos, encontrou que 60% deles tiveram sintomatologia depressiva, e destes, 44% demostraram depressão leve/moderada e 16% depressão grave (PERINA; OLIVEIRA; MACHADO, 2020), já em Cacoal/RO de 20 idosos entrevistados em uma instituição de longa permanência, 30% apresentaram presença de sintamos depressivos (FERREIRA; COLOMBO; CARNEIRO; SILVA; GIMENEZ, 2018). Em outro estudo realizado em cinco instituições de longa permanência para idosos na região da Mata Norte do estado de Pernambuco, mostrou um total de 191 idosos e destes 11% tinham diagnostico ou apresentavam sintomatologia depressiva (MAIA; LIMA; OLIVEIRA; CABRAL; SANTANA; MORAES, 2020).

A institucionalização para o idoso é um meio para uma assistência pronta para as suas necessidades específicas, considera-se que, em longo prazo pode ocasionar complicações em seu perfil de saúde, é necessário que os profissionais encarregados pelos cuidados da saúde do idoso tenham uma capacitação a fim de reconhecer quadros depressivos em idosos (MURILLO, 2020).

A depressão é um transtorno mental cada vez mais comum na sociedade, antigamente era vista como melancolia, tristeza entre outras nomeações, porem atualmente sabe-se que a depressão vem a ser de caráter endógeno, assim dizendo, de começo interno por alterações de neurotransmissores. Mas da mesma forma pode vir a surgir por caráter ambiental, em que o ambiente pode provocar um quadro depressivo, tal como, uma perda financeira, mudanças abruptas na vivência ou uma doença incapacitante a qual o indivíduo venha a ficar dependente para realizar as atividades de vida diárias (VENTURA; SEMEDO; PAULA; SILVA; PELZER, 2016).

Seguindo a análise dos dados dessa pesquisa, foi investigado o índice de dependência das atividades diárias através da escala de Barthel modificada, nele obteve-se que 100% dos participantes são dependentes, e destes, 65,4% estão em dependência moderada e 34,6% em dependência severa.

Na cidade de Barreiras-BA, um estudo realizado com idosos institucionalizados e não institucionalizados mostrou o alto número de idosos dependentes em situação de internamento, esses idosos quando comparado aos idosos não institucionalizados apresentaram maior risco de quedas devido a dependências em várias situações relacionadas às atividades de vida diárias (OLIVEIRA; SOUZA; LOPES, 2020), outra pesquisa realizada em Divinópolis/MG

com 108 idosos apresentou que a maioria 65,7% foi classificada como independente sobre a capacidade funcional (RESENDE; NASCIMENTO; ARVELOS; OLIVEIRA; COELHO, 2020), em outro estudo feito em 11 instituições de longa permanência na região do Litoral Norte do Rio Grande do Sul, a capacidade funcional dos idosos segundo o Índice de Barthel mostrou uma variante de 65 a 100 pontos, apresentando então em sua maioria independentes funcionais (GÜTHS; JACOB; SANTOS; AROSSI; BÉRIA, 2017), outro estudo realizados com 69 idosos moradores em uma instituição de longa permanência localizada no interior do Estado de Mato Grosso mostrou que 60% foram considerados independentes; 14% moderadamente dependentes; e 26% dependentes (ROZENDO; DONADONE, 2017).

O processo de envelhecimento causa declínio para o indivíduo, intervindo diretamente para suas atividades cotidianas e qualidade de vida; as chances de quedas aumentam necessidade de alguém para auxiliar nas atividades, somando também o conceito de impossibilidade que isso causa no intelecto do idoso (OLIVEIRA; SOUZA; LOPES, 2020).

Percebe-se que o estado de saúde está ligado ao surgimento da depressão, em especial quando existe uma grande incapacidade na atividade de vida diária da pessoa idosa; a relação de dependência e depressão tiveram resultados significativos nesta pesquisa.

Este estudo se limita pelo recorte geográfico, que descreve uma situação local do comportamento e características de idosos institucionalizados em um município de uma respectiva região administrativa do estado de São Paulo, impossibilita a generalização dos dados apresentados.

5 | CONCLUSÃO

Diante dos dados analisados nesse estudo pode-se perceber que no sentido de não realização das atividades cotidianas, os idosos são classificados como dependentes, de modo que não houve independentes ou em dependência leve, mas todos com dependência moderada e severa.

Para a sintomatologia depressiva, metade dos participantes apresentaram quadro psicológico normal e a outra metade depressão leve e severa. Os dados desta pesquisa nos permitem afirmar que há associação entre sintomatologia depressiva e grau de dependência em idosos institucionalizados ($p<0,001$).

Sugere-se que novas pesquisas abordem a temática em contexto de maior amostra populacional, e com caráter multicêntrico, e que sejam incluídas possíveis intervenções que visem a promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação da saúde.

REFERÊNCIAS

CORRÊA, M. L.; CARPENA, M. X.; MEUCCI, R. D.; NEIVA-SILVA, L. Depressão em idosos de uma região rural do Sul do Brasil. Ciênc. saúde coletiva, v. 25, n. 6, p. 2083-2092, 2020. https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.18392018.

FABER, L. M.; SCHEICHER, M. E.; SOARES, E. Depressão, Declínio Cognitivo e Polimedicação em idosos institucionalizados. Kairós, v. 20, n. 2, p. 195-210, 2017. http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i2p195-210.

FAGUNDES, K. V. D. L.; ESTEVES, M. R.; RIBEIRO, J. H. M.; SIEPIERSKI, C. T.; SILVA, J. V.; MENDES, M. A. Instituições de longa permanência como alternativa no acolhimento das pessoas idosas. Rev. salud pública, v. 19, n. 2, p. 210-214, 2017. http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v19n2.41541.

FERREIRA, R. D. M.; COLOMBO, L. C.; CARNEIRO, T. L. S.; SILVA, B. F.; GIMENEZ, G. S. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados no interior de Rondônia, Brasil. Revista Eletrônica FACIMEDIT, v. 7, n. 1, p. 62-74, 2018.

GÜTHS, J. F. S.; JACOB, M. H. V. M.; SANTOS, A. M. P. V.; AROSSI, G. A.; BÉRIA, J. U. Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, v. 20, n. 2, p. 175-185, 2017. http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160058

MAIA, R. P.; LIMA, A. K. B. S.; OLIVEIRA, A. C. L. C.; CABRAL, H. C.; SANTANA, K. G. S.; MORAES, M. S. B. Depressão em idosos institucionalizados. Temas em saúde, v. 20, n. 4, p. 314-326, 2020. https://doi.org/10.29327/213319.20.4-15.

MANSO, M. E. G.; CAMILO, C. G.; JAVITTI, G. C.; BENEDITO, V. L. Capacidade funcional no idoso longevo: revisão integrativa. Kairós, v. 22, n. 1, p. 563-574, 2019. http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i4p563-574.

MINOSSO, J. S. M.; AMENDOLA, F.; ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. Acta Paul Enferm., v. 23, n. 2, p. 218-223, 2010. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000200011.

MORAES, B.; MIGUEL, M.; OLIVEIRA, V.; MENDONÇA, B.; NOGUEIRA, D.; BARROS, E et al. Sintomas da depressão associada ao abandono em idosos institucionalizados nos municípios de Firminópolis e São Luís de Montes Belos-Goiás. Revista Faculdade Montes Belos, v. 9, n. 2, p. 106-141, 2014.

MURILLO, R. S. G. Grau de depressão em idosos com residência em instituição brasileira de longa permanência. Journal of aging e innovation, v. 9, n. 1, p. 30-44, 2020. http://dx.doi.org/10.36957/jai.2182-696X.v9i1-2.

OLIVEIRA, M. A.; SOUZA, R. C.; LOPES, R. L. Comparação do grau de independência e índice de quedas entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. Revista Higia, v. 5, n. 1, p. 1-19, 2020.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. Rev. Saúde Pública, v. 39, n. 6. P. 918-923, 2005. https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000600008.

PERINA, K. C. B.; OLIVEIRA, A. C. A.; MACHADO, P. M. M. Avaliação da capacidade funcional e prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados. Revista Eletrônica Acervo Saúde, sup 52, e3473, 2020. https://doi.org/10.25248/reas.e3473.2020.

RAMOS, G. C. F.; CARNEIRO, J. A.; BARBOSA, A. T. F.; MENDONÇA, J. M. G.; CALDEIRA, A. P. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. J Bras Psiquiatr., v. 64, n. 2, p. 122-131, 2015. http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000067.

RESENDE, J. C.; NASCIMENTO, É. P. F.; ARVELOS, D. S.; OLIVEIRA, F.; COELHO, K. R. Sintomas depressivos e fatores associados: desafio para o cuidado de idosos institucionalizados. Revista Kairós-Gerontologia, v. 23, n. 1, p. 377-394, 2020. http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i1p377-394.

ROZENDO, A. S.; DONADONE, J. C. Políticas públicas e asilos de velhos: grau de dependência em idosos institucionalizados. Revista Kairós Gerontologia, v. 20, n. 1, p. 299-309, 2017. http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i1p299-309.

SALARI, N.; MOHAMMADI, M.; VAISI-RAYGANI, A.; ABDI, A.; SHOHAIMI, S.; KHALEDIPAVEH, B et al. The prevalence of severe depression in Iranian older adult: a meta-analysis and meta-regression. BMC Geriatr., v. 20, n. 39, p, 1-8, 2020. https://doi.org/10.1186/s12877-020-1444-0.

SILVA, D. A.; MARCOLAN, J. F. O impacto das relações familiares no comportamento suicida. Res., Soc. Dev., v. 10, n. 2, e17310212349, 2021. https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12349.

SILVA, L. F. A.; SILVA, D. A. Sintomatologia depressiva em graduandos de Enfermagem no interior de São Paulo: uma abordagem epidemiológica. Res., Soc. Dev., v. 9, n. 8, e884986465, 2020. https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6465.

SILVEIRA, A. G.; SILVA, D. A. Sobrecarga dos familiares no cuidado ao portador de demência senil: uma revisão integrativa. Res., Soc. Dev., v. 9, n. 6, e179963671. 2020. https://doi.org/10.33448/rsd-v9i6.3671.

VENTURA, J.; SEMEDO, D. C.; PAULA, S. F.; SILVA, M. R. S.; PELZER, M. T. Fatores associados a depressão e os cuidados de enfermagem no idoso. Revista de Enfermagem, v. 12, n. 12, p. 101-113, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Health and Older Adults Fact Sheet nº 381. Geneva: WHO; 2016.

CAPÍTULO 3

A FELICIDADE NA VOZ DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Data de aceite: 01/10/2021
Data de submissão: 13/08/2021

Ângela Karoline Gomes Alves
Fundação Educacional do Município de Assis
Assis – São Paulo
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8912-3979

Daniel Augusto da Silva
Fundação Educacional do Município de Assis
Assis – São Paulo
ORCID https://orcid.org/0000-0002-2716-6700

RESUMO: Objetivo: Compreender a auto percepção acerca da felicidade por idosos institucionalizados. **Método:** Trata-se de um estudo observacional, transversal, de abordagem qualitativa, realizado com idosos residentes em instituição de longa permanência para idosos de cidade do centro-oeste do estado de São Paulo. A coleta dos dados ocorreu em 2020, pode meio de entrevista com instrumento elaborado pelos autores composto por questões para caracterização dos participantes e a percepção sobre a felicidade. Os dados coletados foram analisados utilizando Análise de Conteúdo, modalidade temático categorial. **Resultados:** Participaram 22 idosos, maioria do sexo feminino (61,9%), com idade entre 61 e 92 anos. Organizou-se duas categorias: Percepção e experiências de idosos institucionalizados acerca da felicidade; Percepção sobre os elementos da felicidade. **Conclusão:** A felicidade pode ser percebida por diversas perspectivas, e pode ser influenciada pelas experiências inerentes a história de vida individual.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso, Felicidade, Saúde do Idoso Institucionalizado.

HAPPINESS IN THE VOICE OF INSTITUTIONALIZED ELDERLY

ABSTRACT: Objective: To understand the self-perception of happiness by institutionalized elderly people. **Method:** This is an observational, cross-sectional study, with a qualitative approach, carried out with elderly people residing in a long-stay institution for the elderly in a city in the Midwest of the state of São Paulo. Data collection took place in 2020, through interviews with an instrument developed by the authors, consisting of questions to characterize the participants and their perception of happiness. The collected data were analyzed using Content Analysis, categorical thematic modality. **Results:** 22 elderly people participated, mostly female (61.9%), aged between 61 and 92 years. Two categories were organized: Perception and experiences of institutionalized elderly about happiness; Perception about the elements of happiness. **Conclusion:** Happiness can be perceived from different perspectives, and can be influenced by the experiences inherent in the individual life story.

KEYWORDS: Elderly, Happiness, Institutionalized Elderly Health.

1 I INTRODUÇÃO

Existem diversos conceitos e autores que descrevem a respeito de felicidade afim de

entender seu sentido em proporções distintas. Tais conceitos e afirmações são de sentido exclusivo e específico, pelo simples fato de sermos seres humanos únicos. Assim, ainda não foi possível entrar em um acordo sobre o que é felicidade. Os conceitos parecem respeitar os idiomas e as culturas na quais estão inseridos (PEREIRA, 2018).

Contudo, é certo que o desejo de ser feliz é próprio do ser humano, independente da faixa etária, todos estão à procura pela felicidade.

Aos idosos, a felicidade e a saúde são questões inseparáveis. Eles percebem que são como condições interdependentes para uma vida melhor. Ainda, os idosos não vivem simplesmente por viver, eles esperam passar por coisas mais interessantes, ter uma vida melhor. Eles sabem que não precisam mais viver uma vida correndo, podem fazer as coisas de outro jeito aceitando melhor as limitações e dificuldades do dia a dia, passaram a entender que a vida pode ser vivida com mais qualidade.

Além da saúde outros fatores foram destacados como sendo importantes para aumentar as chances de se tornar um idoso feliz tais como qualidade de vida, segurança, liberdade de escolha, autonomia, envelhecimento saudável, inteligência, conhecimento, capacidade funcional, amor, emancipação, criatividade, admiração, agir. Há de se destacar que a família é muito importante para a realização dessas ações, o contato com os filhos é muito importante, além do convívio social com amigos, que gera benefícios à qualidade de vida e são promotores da felicidade (PICHLER et al., 2019; MENEZES et al., 2018).

Contudo, o processo de envelhecer é contínuo no decorrer da vida. O envelhecer ocorre desde a geração do organismo, que passa por muitas e diferentes fases em seu desenvolvimento. Ainda, há de se considerar que cada idoso envelhece de uma forma diferente, pois as experiências adquiridas no decorrer da vida são diferentes, e influenciam nesse processo (ABREU et al., 2017).

Nessa perspectiva de envelhecimento e experiências individuais, além da consideração sobre o aumento da expectativa de vida, discute-se a respeito do aumento da demanda por Instituições de longa permanência para idosos. Locais com objetivo de moradia coletiva de idosos, que, no Brasil, apresentam avaliações contraditórias na percepção dos idosos institucionalizados, que ora percebem boa saúde, ora percebem ruim (GÜTHS et al., 2017).

Assim, este estudo tem por objetivo compreender a auto percepção acerca da felicidade por idosos institucionalizados em uma cidade do centro-oeste do estado de São Paulo.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, transversal, de abordagem qualitativa, realizado com idosos residentes em instituição de longa permanência para idosos de cidade do centro-oeste do estado de São Paulo.

Os participantes da pesquisa foram selecionados por amostragem não probabilística por conveniência, de forma que o tamanho da amostra foi definido pela aceitação para

participar da mesma. Foi considerado critério de exclusão a presença de déficit intelectual que não permita a resposta às perguntas dos instrumentos selecionados para a coleta dos dados.

A coleta dos dados ocorreu em dias e horários previamente acordados com a direção da instituição, de forma a possibilitar local adequado e privativo para abordagem aos idosos e coleta das informações.

Na abordagem aos idosos, ouve o convite a participação e explicação do tema do estudo e objetivos do mesmo, e solicitado autorização para utilização de gravador de voz durante a entrevista. Após o entendimento por parte dos mesmos, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi lido e assinado em duas vias pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador, entregando uma via para cada um.

Na entrevista foi utilizado um instrumento, elaborado pelos autores, composto por questões para caracterização dos participantes e a percepção sobre a felicidade.

Os dados coletados foram analisados utilizando Análise de Conteúdo, modalidade temático categorial (BARDIN, 2011).

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Educacional do Município de Assis com Parecer n.º 3.692.403, de 08 de novembro de 2019.

3 | RESULTADOS

Participaram 22 (16,0%) idosos moradores da instituição de longa permanência elegida para a coleta dos dados de um total de 70 (100%) idosos institucionalizados possíveis. A caracterização dos participantes revelou que 14 (61,9%) eram do sexo feminino, com idade entre 61 e 92 anos, média de 76,8 anos. Sobre o estado civil, 15 (68,0%) eram viúvos, 6 (27,0%) eram solteiros, e 1 (5,0%) era divorciado.

Seguindo o método de Análise de Conteúdo, os dados foram organizados em duas categorias com suas unidades temáticas e são apresentados a seguir.

1. Percepção e experiências de idosos institucionalizados acerca da felicidade

1.1. Percepção sobre felicidade

A felicidade foi percebida pelos participantes condicionada a vivenciar a atenção, o amor, o respeito, os filhos por perto, estar bem com Deus e a saúde. As falas a seguir nos mostra essa situação:

> "Para mim felicidade e ter atenção, carinho, respeito" (E1).
>
> "Amor, paz, união, amigos, família, Deus" (E2).
>
> "Ter meus filhos por perto" (E3).
>
> "É não sentir nenhuma dor e viver em paz" (E4).
>
> "É ter saúde, amigos" (E6).

"Estar bem com Deus, com as pessoas e ter saúde" (E9).

"Felicidade é crer em Deus" (E16).

Contudo, identificou-se a percepção negativa sobre a felicidade, como algo inexistente e momentâneo.

"Felicidade era poder trabalhar" (E13).

"Não existe, é algo momentâneo" (E20).

1.2. Percepção sobre momentos felizes do dia a dia

Os participantes destacam que os momentos mais felizes do seu dia são momentos de relação pessoal e familiar, alimentação, estar com os amigos, momento das atividades propostas.

"Quando sou acordada por minha cuidadora, quando sinto meu namorado, quando me alimento" (E1).

"Quando meu irmão vem me ver" (E2).

"Quando meus filhos vêm me ver aqui" (E5).

"A hora que converso com alguns amigos" (E15).

"Às vezes tem sim, quando tem gente que fala com a gente, que brinca, se importa comigo" (E20).

"O momento que posso abri os olhos e dizer: "Jesus obrigada!" (E21).

"Hora de participar das atividades" (E22).

Ainda, há participantes que percebem o isolamento, o estar sozinho, como momento feliz em seu dia.

"Quando estou descansando em meu quarto, quando assisto televisão" (E3).

"Estar sossegada no meu quarto" (E10).

"Quando fico quietinha em meu canto" (E14).

Por outro lado, há percepções negativas sobre a existência de momentos felizes no dia a dia, e até a ausência desses momentos.

"Não tenho momentos felizes" (E17).

1.3. A lembrança mais feliz da vida

Ao resgatar as memórias de momentos felizes, os participantes apontaram situações familiares em maior frequência, como ser mãe, o nascimento dos filhos, a amamentação, a visita dos filhos e o dia do casamento. Outros momentos abordaram o estabelecimento de amizades e realizações profissionais.

"O dia mais feliz foi quando me tornei mãe, depois avó e agora bisavó" (E1).

"O dia que conheci os verdadeiros amigos que para mim são como família" (E2).

> “Quando me tornei mãe e pude amamentar todos” (E3).
>
> “O dia que meus filhos podem me visitar e levar para passear” (E4).
>
> “Quando me tornei mãe, no meu casamento” (E5).
>
> “O dia que meus filhos nasceram” (E14)
>
> “O dia que me tornei pastor, o dia que posso ir para igreja” (E15)
>
> “Dia que o povo votou em mim para ser vereador, e eu ganhei e entrei na câmara municipal” (E19)
>
> “Nascimento de meus filhos” (E21)

Na outra ponta, alguns não se recordam de lembranças felizes durante a vida.

> “Nem sei, acho que nem tenho lembranças boas” (E12)
>
> “Não tenho, passei por muitas situações” (E17)
>
> “Não lembro, acho que nem tenho” (E20)

1.4. Condições para ser feliz

Os participantes destacam que as condições para ser feliz são ter saúde, paz, amor, os filhos, amizades, dinheiro, Deus, educação, respeitar e amar o próximo.

> “Paz, amor, meus filhos” (E5)
>
> “Precisa de amizades, dinheiro no bolso” (E7)
>
> “Ter saúde, viver bastante e desfrutar a vida” (E8)
>
> “Precisa de Deus, saúde e estra bem com as pessoas que a cercam” (E9)
>
> “Ter conforto, alegria, saúde, não ter deficiência” (E13)
>
> “Paz, dignidade, amor” (E15)
>
> “Primeiro servir a Deus, educação, respeitar o próximo, amor ao próximo.” (E16)
>
> “Ter uma boa companheira, filhos bons” (E17)

2. Percepção sobre os elementos da felicidade

2.1. A autoaceitação como elemento da felicidade

A maioria dos participantes afirmaram a autoaceitação, com declarações que se relacionam ao amor próprio.

> “Me aceito como sou, me amo’’ (E1).
>
> “Me aceito, me amo, sou linda” (E5).
>
> “Me aceito a sim mesmo como sou” (E8).
>
> “Me aceito como sou. Gosto de mim” (E10).

Alguns participantes não se aceitam, gostariam que algo fosse mudado.

> “Tenho que me aceitar como sou, mas preciso melhorar” (E7).

> “Não gosto muito de mim, mas tenho que me aceitar assim mesmo” (E20).

2.2. A importância como elemento da felicidade

Na percepção sobre a sua importância no mundo, a maioria afirmou compreender o quanto são importantes.

> “Claro que sou importante” (E3).
>
> “Sou muito importante” (E9).
>
> “Sou importante sim” (E21).

Contudo, há os que não se consideram importantes em todo momento, e os que não se consideram importantes em momento algum.

> “Às vezes penso que sim, às vezes penso que não” (E12).
>
> “Não sou importante, não enxergo” (E20).

2.3. As relações sociais como elemento da felicidade

As relações sociais, na voz dos participantes, são positivas, em geral.

> “Me relaciono bem com as pessoas, gosto de conversar, fazer amizades novas, são positivas” (E1).
>
> “Me relaciono bem com demais idosos e funcionários” (E2).
>
> “Sempre me relacionei bem com as pessoas, são positivas” (E9).
>
> “Me relaciono bem com os demais idosos, funcionários, são positivos” (E18).

2.4. A autonomia como elemento da felicidade

A maioria dos participantes se declaram livres e independentes para fazer suas escolhas, avaliando que tem autonomia em suas vidas.

> “Sou independente, livre, consigo escolher o que quero” (E6).
>
> “Sou independente, consigo decidir por mim” (E10).
>
> “Sou independente, gosto de realizar tudo do meu jeito, tenho o direito de escolha” (E18).

Alguns percebem a autonomia ao fazer suas escolhas, mas entendem que são dependentes para realizar atividades de vida diária.

> “Preciso de ajuda em algumas tarefas, mas consigo decidir o que quero” (E7).
>
> “Consigo decidir por mim, mas preciso de ajuda em algumas coisas’’ (E11).

2.5. Os sentimentos como elemento da felicidade

Gratidão, paz, felicidade, amor, alegrias mesmo após tudo que passaram foram a maioria dos sentimentos expressos pelos participantes.

> “Gratidão, amor, paz. Porque estou em um lugar bom, que vão cuidar de mim.

Estou satisfeito" (E6)

"Felicidade e gratidão a Deus, porque cheguei até aqui. Estou satisfeito" (E8).

"Amor, paz, esperança" (E13).

"Gratidão, amor, esperança. Porque sou grato a Deus, passei por momentos difíceis mais Ele sempre esteve comigo. Estou satisfeito" (E15).

"Gratidão a Deus, amor, felicidade, saudade. Sou grata a Deus por tudo, sim estou satisfeita" (E21).

2.6. O projeto de vida como elemento da felicidade

Os participantes revelam que ainda querem ter uma vida com saúde e alegrias e, embora tivessem passado por vários momentos difíceis, sonham em realizar alguns projetos para a vida.

"Espero que eu esteja bem. Gostaria de voltar a enxergar" (E1).

"Com saúde, com muitas alegrias. Quem sabe retornar para minha casa" (E6)

"Espero que esteja bem com saúde, morando aqui ainda" (E9).

"Espero estar bem. Sonho em voltar ser pastor, me casar" (E15).

"Espero que melhor; quero voltar para casa, para meus afazeres" (E19).

2.7. Crescimento e realizações pessoais como elemento da felicidade

O senso de dever cumprido impera nas falas dos participantes, que se sentem felizes ao refletirem sobre suas histórias de vida.

"Realizei muitas coisas boas, as dificuldades me impediram de realizar algumas, mas estou satisfeita por tudo até agora" (E1).

"Penso que já realizei muitas coisas nesta vida, vi meus filhos cresceram, meus netos; estou satisfeita" (E3).

"Realizei tudo que tinha que realizar" (E9).

"Realizei bastante coisa, e ainda vou realizar muita coisa na vida" (E19).

4 | DISCUSSÃO

Na Grécia antiga o conceito estava relacionado a ter uma boa sorte, pois na origem etimológica felicidade era ter um "bom demônio" que para os gregos era considerado um tipo de semideus ou gênio que acompanhava os seres humanos, e que estava relacionado à sorte de cada um e quem tivesse um "mau demônio" era fatalmente infeliz. Para se considerar feliz e com boa sorte era necessário se dispor de "bom demônio" (GOMES, 2016).

Além das diferenças entre conceitos e idiomas alguns filósofos descrevem seu ponto de vista sobre o assunto. "É feliz, quem tem corpo são e forte, boa sorte e alma bem formada", assim diz o fragmento mais antigo das referências filosóficas de Tales de Mileto, o século VII a.C. Para Sócrates (469-399 a.C.), o homem não apresentava somente necessidades do

corpo para se tornarem felizes ou satisfeitos, era preciso também ter uma alma boa, vida justa e virtuosa. Para Epicuro (341-271 a.C.), a felicidade estaria calcada na busca do prazer, mas tendo como medida aquilo que é essencial para viver. O importante seria uma vida equilibrada e com liberdade. Aristóteles (384-322 a.C.) compreendia o termo felicidade como elementos básicos para a vida como ter uma boa saúde, a liberdade e uma boa situação socioeconômica (CERVO, 2016).

Para a filosofia cristã, mais do que a felicidade, o que conta é a salvação da alma, pois nas escrituras Sagradas é "Feliz é aquele que teme a Deus e na sua vida busca andar de maneira que agrade a Ele" (SALMOS 128:1-6) pode-se perceber que esse tipo de felicidade não está ligada a nenhuma circunstância em particular de nossas vidas. Pelo contrário, ela já define que na presença do Senhor a felicidade verdadeira pode ser encontrada, não importam as circunstâncias em que a pessoa esteja passando ser feliz não é necessariamente o mais belo, mais rico, mais amado ou o mais sábio e poderoso. Feliz é aquele que verdadeiramente conhece a Deus intimamente.

Contudo, há a ideia de construção e orientação da felicidade por meio de experiências recorrentes de prazer e de propósito na trajetória de vida (RIBEIRO; SILVA, 2018).

"A felicidade está além das questões filosóficas e dos valores ocidentais" (RODRIGUES; SILVA, 2010). Todas as pessoas apresentam necessidades físicas e emocionais que precisam ser satisfeitas para a ocorrência da felicidade, e quando essas necessidades não são atendidas, ocorrem frustrações, com sentimentos de faltas e ausências, iniciando-se a procura de formas para preencher esse espaço.

Em contraposto, Mahatma Gandhi, no século XX, afirmou: "Não existe um caminho para a felicidade. A felicidade é o caminho" (NASCIMENTO, 2020).

Nesta pesquisa, participaram 22 (16,0%) idosos residentes na instituição de longa permanência elegida para o estudo. Desses, a maioria, 14 (64,0%) são do sexo feminino. Essa situação é semelhante a pesquisa realizada em João Pessoa/PB, com 76,0% de mulheres (ARAÚJO et al., 2016), em Vitória da Conquista/BA, com 74,2% de mulheres (GOMES, 2016). Em situação contraria, homens foram a maioria dos residentes em instituições de longa permanência em Fortaleza/CE, com 61,1% (BORGES, 2015).

Estudos sobre a temática evidenciam que a maioria são mulheres devido a mulher viver mais, se cuidar mais, englobando vários fatores tais como: menor consumo de álcool e tabaco, maior procura por serviços de saúde ao longo do curso de vida, estar em menor exposição a fatores de risco (ZIMMERMMANN et al, 2017).

Quanto ao estado civil, a maioria dos idosos eram viúvos 15 (68,0%). Outros estudos encontrados mostraram que em Vitória da Conquista/BA apresenta 25,8% de idosos viúvos (GOMES, 2016) na cidade de Santa Maria/RS, mostrou 39,8% de viúvos (ROSA et al., 2015) em Ribeirão Preto/ SP 35,7% (FLUETTI, 2017). Em situação contrária, estado civil de solteiro foi a maioria nos residentes da instituição de longa permanência em Natal/RN 60% (AZEVEDO et al., 2017).

Essa predominância de mulheres viúvas se dá por conta de a mulher cuidar de seus maridos quando casadas, cuidarem de seus pais quando solteiras, e, quando viúvas, não costumam criar nenhum vínculo matrimonial, fato que é comum pelos homens. Também há de se considerar as fragilidades inerentes a idade e a dificuldade dos filhos na responsabilização pela assistência e cuidado, ficando as instituições de longa permanência o meio de cuidado (CARVALHO, 2018).

No que tange a felicidade, trata-se de um fenômeno social, assim como institucionalizar uma pessoa idosa, pois a vivência de ambos é singular. Cada pessoa vivencia suas concepções e expectativas pessoais (KACZALLA, 2017).

Cada pessoa traz sobre si sua própria definição do que é felicidade, destacando ser uma emoção básica caracterizada por um estado emocional positivo, como sentimentos de prazer, gratidão, alcance de metas, ligados ao sucesso, sentimentos acarretados pelo longo da vida, solidariedade estando ligado também a aspectos da vida tais como amizades adquiridas, casamento, nascimento dos filhos, condições de saúde (KACZALLA, 2017).

Nesta pesquisa, a família, e desejo por relações familiares mais próximas, foram frequentes desejos condicionantes a um estado de felicidade. As lembranças familiares, como casamento e nascimento dos filhos perfizeram grande parte das lembranças felizes.

Nesse processo de envelhecimento e necessidades de apoio, incluindo assumir a execução das tarefas, recaem sobre os familiares. Além de toda a perspectiva sentimental, a dependência, parcial ou total, para atividades de vida diária são aspectos importantes de inserção familiar na vida dos idosos (ABREU et al., 2017; LUCCA et al., 2020).

Em outro ponto de vista, pesquisa realizado em Passo Fundo (RS), mostrou que o dinheiro é um meio para se viver bem e ser feliz, não sendo o maior objetivo de vida, mas pode contribuir pela busca da paz, da tranquilidade e a satisfação interior (PICHLER et al., 2019).

Quanto aos sentimentos e emoções, idosos institucionalizados podem relaciona-los a ter ou não saúde, sendo a capacidade funcional um importante fator para o bem estar, pois traz mudanças na identidade, o não possuir saúde não é sinônimo de infelicidade, mesmo que a genética contribui para tal fato.

5 I CONCLUSÃO

A felicidade pode ser percebida por diversas perspectivas, e pode ser influenciada pelas experiências inerentes a história de vida individual. Em idosos institucionalizados, a felicidade esteve presente na maioria dos relatos, de forma que sentimentos de gratidão pelas conquistas obtidas no percurso de vida foram reais.

REFERÊNCIAS

ABREU, A. L.; SILVA, D. A.; CAPELLINI, V. K.; ALMEIDA, C. L.; SILVA, R. G. A violência contra o idoso no ambiente familiar. **Nursing (São Paulo)**, v. 20, n. 231, p. 1782-1787, 2017. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31480?lang=en. Acesso em: 11 mai. 2021.

ARAÚJO, A. M.; SOUSA NETO, T. B.; BÓS, Â. J. G. Diferenças no perfil de pessoas idosas institucionalizadas, em lista de espera e que não desejam institucionalização. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 105-118, 2016. DOI: 10.1590/1809-9823.2016.14175.

AZEVEDO, L. M.; LIMA, H. H. G.; OLIVEIRA, K. S. A.; MEDEIROS, K. F.; GONÇALVES, R. G.; NUNES, V. M.; PIUVESAM, G. Perfil sociodemográfico e condições de saúde de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 19, n. 3, p. 16–23, 2017. Disponível em: https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/19560 Acesso em: 11 mai. 2021.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

BORGES, C. L.; SILVA, M. J.; CLARES, J. W. B.; NOGUEIRA, J. M.; FREITAS, M. C. Características sociodemográficas e clínicas de idosos institucionalizados: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev enferm UERJ**, v. 23, n. 3, p. 381-387, 2015. DOI: 10.12957/reuerj.2015.4214.

CARVALHO, I. C. N. **Idosos institucionalizados: perfil sociodemográfico e clínico e as relações familiares** 2018. Xx f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Fundação Educacional do Município de Assis, Assis, SP, Brasil, 2018. Disponível em: https://cepein.femanet.com.br/BDigital/arqTccs/1511370169.pdf Acesso em: 05 jan. 2021.

CERVO, A. G. G. Humanismo histórico: estudo de sua evolução para chegar à felicidade e realização. **Saber Humano**, v. 6, n. esp, p. 379-390, 2016. DOI: 10.18815/sh.2016v0n0.128.

FLUETTI, M. T.; FHON, J. R. S.; OLIVEIRA, A. P.; CHIQUITO, L. M. O.; MARQUES, S. Síndrome da fragilidade em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 1, p. 60-69, 2018. DOI: 10.1590/1981-22562018021.170098.

GOMES, J. B.; REIS, L. A. Descrição dos sintomas de Ansiedade e Depressão em idosos institucionalizados no interior da Bahia, Brasil. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 175-191, 2016. DOI: 10.23925/2176-901X.2016v19i1p175-191.

GÜTHS, J. F. S.; JACOB, M. H. V. M.; SANTOS, A. M. P. V.; AROSSI, G. A.; BÉRIA, J. U. Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 175-185, 2017. DOI: 10.1590/1981-22562017020.160058.

KACZALLA, F. K. (2017). **A felicidade na perspectiva de idosos institucionalizados**. 2017. 82 f. Dissertação (Mestrado). Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS. Brasil, 2017. Disponível em: http://tede.upf.br/jspui/bitstream/tede/1325/2/2017FernandaKestiesKaczalla.pdf Acesso em: 05 jan. 2021.

LUCCA, D. C.; HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; GIRONDI, J. B. R.; FERNANDEZ, D. L. R.; CARVALHO, A. A.; DACOREGIO, B. M. et al. Jogo das Atitudes: gerontotecnologia educacional para idosos em tratamento hemodialítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. Suppl. 3, e20180694, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0694

MENEZES, J. N. R.; COSTA, M. P. M.; IWATA, A. C. N. S.; ARAUJO, P M.; OLIVEIRA, L. G.; FERNANDES, P. H. P. D. et al. A visão do idoso sobre o seu processo de envelhecimento. **Revista Contexto & Saúde**, v. 18, n. 35, p. 8-12, 2018. DOI: 10.21527/2176-7114.2018.35.8-12.

NASCIMENTO, W. **O poder do ser humano: como dar mais significado à vida ao descobrir a sua verdadeira essência**. São Paulo: Literaré Books International, 2020.

PEREIRA, D.; ARAÚJO, U. F. Uma reflexão sobre a busca e o significado da felicidade. **Revista Educação e Linguagens**, v. 7, n. 12, p. 17-31, 2018. Disponível em: http://revista.unespar.edu.br/index.php/revistaeduclings/article/view/304/218. Acesso em: 11 mai. 2021.

PICHLER, N. A.; SCORTEGAGNA, H. M.; DAMETTO, J.; FRIZON, D. M. S.; ZANCANARO, M. P.; OLIVEIRA, T. C. Reflexões acerca da percepção dos idosos sobre a felicidade e dinheiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 2, e180185, 2019. DOI: 10.1590/1981-22562019022.180185.

RIBEIRO, A. D. S.; SILVA, N. Significados de Felicidade orientados pela Psicologia Positiva em Organizações e no Trabalho. **Psicología desde el Caribe**, v. 35, n. 1, p. 60-80, 2018. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2018000100060&lng=en&tlng=pt. Acesso em: 11 mai. 2021.

RODRIGUES, A.; SILVA, J. A. O papel das características sociodemográficas na felicidade. **Psico-USF**, v. 15, n, 1, p. 113-123, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/pusf/v15n1/12.pdf Acesso em: 11 mai. 2021.

ROSA, T. S. M.; MORAES, A. B.; SANTOS FILHA, V. A. V. The institutionalized elderly: sociodemographic and clinical-functional profiles related to dizziness. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 82, n. 2, p. 159-169, 2016. DOI: 10.1016/j.bjorl.2014.12.014.

ZIMMERMMANN, I. M. M.; LEAL, M. C. C.; ZIMMERMANN, R. D.; MARQUES, A. P. O. Idosos institucionalizados: comprometimento cognitivo e fatores associados. **Geriatr Gerontol Aging**, v. 9, n. 3, p. 86-92, 2015. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v9n3a03.pdf Acesso em: 11 mai. 2021.

CAPÍTULO 4

À MARGEM DAS DESIGUALDADES: CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ATENDIDA PELO CONSULTÓRIO NA RUA DE LONDRINA-PR

Data de aceite: 01/10/2021
Data de submissão: 26/08/2021

Micael Almeida de Oliveira
CAPS III Adulto Lapa
São Paulo – São Paulo
ORCID https://orcid.org/0000-0001-5087-5030

Júlia Rodrigues Savóia
Universidade Estadual do Norte do Paraná
Bandeirantes - Paraná
ORCID https://orcid.org/0000-0003-2229-7469

Lillian Souza Teixeira
Universidade Estadual do Norte do Paraná
Bandeirantes - Paraná
ORCID https://orcid.org/0000-0001-5095-2825

Elaine Lucas dos Santos
Universidade Estadual do Norte do Paraná
Bandeirantes - Paraná
ORCID https://orcid.org/0000-0002-5703-6587

Cristiane Schell Gabriel
Universidade Estadual do Norte do Paraná
Bandeirantes - Paraná
ORCID https://orcid.org/0000-0003-4931-6885

Ana Lúcia De Grandi
Universidade Estadual do Norte do Paraná
Bandeirantes - Paraná
ORCID https://orcid.org/0000-0001-7670-6622

RESUMO: O presente trabalho buscou descrever o perfil sócio demográfico e o uso de álcool e de drogas ilícitas da população em situação de rua, cadastrada nos prontuários da equipe do Consultório na Rua de Londrina-PR e relacionar estes dados com a desigualdade social do nosso país. Trata-se de uma pesquisa descritiva de caráter transversal com abordagem quantitativa. A população do estudo foi composta por 302 indivíduos em situação de rua, cadastrados no Consultório na Rua de Londrina. Dos 302 usuários cadastrados, houve predomínio do gênero masculino (78,1%); da raça parda (48,7%); com ensino fundamental incompleto (60,3%); e faixa etária de 30 a 39 anos (39,1%). Em relação ao uso de álcool e drogas ilícitas houve o seguinte resultado: 8,21% referem o uso apenas de álcool; (7,62%) somente o uso de drogas ilícitas; (53,64%) o uso de álcool e drogas ilícitas e (30,13%) não informaram sobre o uso de substâncias. Os dados obtidos através da investigação revelaram estreita associação entre o perfil sócio demográfico e as formas de reprodução da desigualdade social no Brasil.
PALAVRAS-CHAVE: Consultório na Rua, Desigualdade social, População de rua.

AT THE MARGIN OF INEQUALITIES: CHARACTERIZATION OF THE POPULATION SERVED BY THE OFFICE IN RUA DE LONDRINA-PR

ABSTRACT: The present study aimed to describe the socio-demographic profile and use of alcohol and illicit drugs of the street population, registered in the medical records of the consulting team in Londrina-PR and to relate this data with a social inequality of their country.This is a cross-sectional descriptive research with a quantitative approach. The study population consisted of 302 individuals

in a street situation, enrolled in the Office in Londrina Street. Of the 302 users enrolled in the Street Office, the male gender predominated (78.1%); Of the brown breed (48.7%); With incomplete primary education (60.3%); And age group of 30 to 39 years (39.1%). In relation to the use of alcohol and illicit drugs, there was the following result: (8.21%) reported using alcohol alone; (7.62%) only the use of illicit drugs; (53.64%) use of alcohol and illicit drugs and (30.13%) did not report substance use. The data obtained through the investigation revealed a close association between the socio-demographic profile and the forms of reproduction of social inequality in Brazil.
KEYWORD: Consultation office in the street**,** Homeless population, Social Inequity.

1 I INTRODUÇÃO

Mesmo que invisíveis aos olhos dos transeuntes, da contagem censitária, e muito mais ao ver das políticas públicas, eles sempre estiveram presentes, nos mais variados locais, desafiando a lógica arquitetônica, colocando em xeque a Declaração de Direitos Humanos, a Constituição Federal e até mesmo os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde. Os indivíduos aos quais nos referimos, são parte do cenário conhecido desde os centros urbanos até as cidades do interior, seja nas ruas, nas praças, embaixo dos viadutos, nas rodoviárias, nas estradas, são a população em situação de rua.

O Consultório de Rua foi um projeto idealizado pelo Professor Doutor Antônio Nery Filho, Diretor do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), Serviço Especializado da Faculdade de Medicina da Bahia (UFBA), na cidade de Salvador-BA. Mais tarde, passaram a ser chamados de Consultórios na Rua e foram instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), integrando o componente de Atenção Básica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), atuando frente aos diferentes problemas e necessidades da população em situação de rua, com equipes formadas por diferentes profissionais prestando atenção integral ao indivíduo, sendo suas atividades desenvolvidas *in loco.*

Entretanto, procurando especificamente sobre o Consultório na Rua de Londrina, encontramos apenas a Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua, realizada entre o período de agosto de 2007 a março de 2008, encomendada pelo Ministério do Desenvolvimento e Combate à fome, onde Londrina fora uma das 48 cidades brasileiras que foram alvo da pesquisa.

Frente a esse cenário, o inexplorado Consultório na Rua do Município de Londrina, passa a ser o foco dessa pesquisa. O presente trabalho tem como objetivo descrever o perfil sócio demográfico e o uso de álcool e de drogas ilícitas da população em situação de rua, cadastrada nos prontuários da equipe do Consultório na Rua de Londrina-PR e relacionar estes dados com a desigualdade social do nosso país.

2 I MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de caráter transversal, com abordagem

quantitativa. A população do estudo foi composta por 302 indivíduos em situação de rua, cadastrados no Consultório na Rua de Londrina.

Os dados foram coletados junto aos profissionais do Consultório na Rua, através dos prontuários da população atendida, que continham dados sócio demográficos, como: gênero, idade, raça e escolaridade; e dados sobre o uso de substâncias como: álcool, crack e outras drogas. A variável idade foi estratificada em faixa etária, como segue: < 20 anos, de 20 a 29 anos, de 30 a 39 anos, de 40 a 49 anos, de 50 a 59 anos e > 60 anos. A variável sobre o uso de substâncias foi classificada segundo o uso, como: álcool, drogas ilícitas, álcool e drogas ilícitas e não informado.

O período de coleta de dados foi de novembro de 2015 a abril de 2016.

O banco de dados, foi digitado no programa *Excel da Microsoft®* e exportados ao pacote estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 18.0 onde foram realizadas às análises descritivas.

Esta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE nº: 49328815.0.0000.0108.

3 | RESULTADOS

Dos 302 usuários cadastrados, a maioria são adultos e do sexo masculino. Deste total, 14 (4,6%) indivíduos foram à óbito e 10 (3,3%)indivíduos foram reinseridos na sociedade. O perfil sócio demográfico desta população está descrito na tabela 1.

Variáveis sócio demográficas	N	%
Gênero		
Masculino	236	78,1
Feminino	66	21,9
Faixa Etária		
< 20 anos	6	2,0
20 a 29 anos	72	23,8
30 a 39 anos	118	39,1
40 a 49 anos	74	24,5
50 a 59 anos	24	8,0
> 60 anos	4	1,3
Não informado	4	1,3
Raça		
Branco	87	28,8
Pardo	147	48,7

Negro	67	22,2
Indígena	1	0,3
Escolaridade		
Analfabeto	15	5,0
Fundamental Incompleto	182	60,3
Fundamental Completo	13	4,3
Médio Incompleto	27	8,9
Médio Completo	9	3,0
Superior Incompleto	3	1,0
Superior Completo	3	1,0
Não Informado	50	16,6

TABELA 1 – Perfil sócio demográfico dos usuários cadastrados no Consultório na Rua. Londrina, 2015.

Legenda: n= número; %= porcentagem.

As características do uso de álcool e drogas ilícitas por esta população estão descritas na tabela 2.

Substâncias	N	%
Álcool	26	8,21
Drogas ilícitas	23	7,62
Álcool e Drogas ilícitas	162	53,64
Não Informado	91	30,13

Legenda: n= número; %= porcentagem.

TABELA 2 – Perfil do uso de álcool e substâncias ilícitas dos usuários cadastrados no Consultório na Rua. Londrina, 2015.

4 | DISCUSSÃO

A experiência empírica desta investigação revela como pano de fundo a relação das problemáticas em torno das questões dos moradores de rua e da estruturação e reprodução da desigualdade social do nosso contexto brasileiro.

A desigualdade no Brasil atual é repetida diariamente por meios modernos, especialmente ‘’simbólicos’’, muito distintos do chicote do senhor de escravos. Por não ter coragem de admitir ou mesmo por não conhecer essas formas “novas” e “modernas” de se legitimar a dominação cotidiana injusta, recorre-se a uma suposta e cabalística continuidade com os arcabouços do passado (SOUZA, 2009).

As informações que circulam nas grandes mídias, redes sociais e através de agentes políticos, enfatizam o ponto de vista estatístico e economicista da questão, não ampliando

ou deixando espaço para as discussões mais aprofundadas acerca dos problemas e significados da vida cotidiana (IBID).

A visão economicista, perpetuada por todos esses meios já citados, reduz todos os problemas sociais e políticos a lógica da acumulação econômica. Criando a falsa impressão de que o que nos falta é apenas uma administração eficiente. Essa visão, extremamente conservadora, encobre os conflitos sociais mais profundos e fundamentais da sociedade brasileira, a pouco discutida: divisão de classes.

Ao observarmos as estatísticas de perfis com relação a população em situação de rua, regularmente nas biografias o componente desigualdade social e suas facetas, encontram-se presentes de forma significativa, que seja, nos resultados conhecidos da pobreza, pouca escolarização, pouco ou nenhum acesso aos serviços públicos de saúde, políticas de trabalho, quer seja nas distinções simbólicas resultante desta estruturação da pobreza.

Tomar a rua como morada vai muito além de não ter um comprovante de residência, é não ter um banheiro onde possa fazer suas necessidades fisiológicas e um chuveiro para tomar banho, é não ter um fogão para preparar a comida, é não ter uma geladeira para conservar seus alimentos, é não ter quase nada, salvo alguns objetos que podem ser carregados em sacolas ou nos carrinhos que empurram (MAYORA, 2016).

Tomar o espaço das ruas como meio de sobrevivência não é um problema recente, já que desde as cidades pré-industriais se constatava a presença de hordas de miseráveis. Após a Revolução Industrial, no entanto, esse fenômeno vem aumentando, relacionado ao processo de ruptura social decorrente das mudanças no mundo da produção econômica, desde o crescimento do capitalismo – sobretudo da mudança do capitalismo financeiro e do neoliberalismo – e as agudas desigualdades sociais produzidas nesse processo (BURSZTYN, 2000).

O rebaixamento social imposto pelas novas formas de produção econômica modificou o perfil das populações de rua. Aos grupos de moradores de rua de décadas atrás, compostos de pedintes e egressos de hospitais psiquiátricos, somam-se hoje novos integrantes: desempregados e subempregados, adultos desocupados (BURSZTYN, 2000), resultados do desemprego em massa, que passaram a aumentar o número de pessoas *invisíveis* nos grandes centros.

No período de agosto de 2007 a março de 2008, foi realizada a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. O trabalho foi fruto de um acordo de cooperação assinado entre a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), este, com o intuito de elaborar e gerir uma política integrada de proteção social, assumindo o compromisso de formular políticas públicas dirigidas para a população em situação de rua. O levantamento abrangeu um conjunto de 71cidades brasileiras. Desse total, fizeram parte 48 municípios com mais de 300 mil habitantes, entre esses Londrina, munícipio em que

realizamos a pesquisa, e 23 capitais, independentemente de seu porte populacional.

Ao realizarmos nossa pesquisa, acessando os prontuários do serviço de Consultório na Rua de Londrina, nos deparamos com 302 usuários cadastrados, condizendo com muita proximidade, com os dados da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, que identificou 296 pessoas em situação de rua no munícipio.

Quando indagados sobre o que falta para que o país melhore, todos em uníssono respondem: “educação, é claro”. O que não é um equívoco, pois só por um milagre um país conseguiria se tornar rico e desenvolvido se não investir ou investir pouco em educação. Essa observação é compreensível, visto que no mundo atual o modo mais nítido de crescimento das pessoas na *hierarquia social* é através do *conhecimento*. Porém, todas essas apostas são feitas sobre a lógica de uma educação de *qualidade* para todos (FREITAS, 2009).

Por não receber estímulos a disciplina e a capacidade de concentração, as classes menos favorecidas, fracassam na escola e sucessivamente no mercado de trabalho, que exige uma qualificação escolar bem-sucedida. Levando então, gerações ao fracasso, devido a incapacidade de incorporar conhecimento e de planejar seu futuro, mesmo que próximo, essas pessoas tendem a viver o hoje e o agora (MAYORA, 2016). Salvo raras exceções, que por mais raras que sejam, existem, e quando desapontam nas mídias, viram motivo para que toda a tese aqui discutida, seja colocada em questionamento, suscitando a ilusão da meritocracia.

O fracasso escolar entre a população em situação de rua, fica evidente se comparado aos dados obtidos na presente pesquisa, 60,3 % dos 302 indivíduos cadastrados nos prontuários do Consultório na Rua de Londrina declaram que possuem o ensino fundamental incompleto, 5 % são analfabetos, 8,9% possuem o ensino médio incompleto, 3% concluíram o ensino médio, 1% possuem ensino superior incompleto, 1% concluíram um curso de ensino superior e 16,6 % não souberam ou não quiseram informar esse dado.

Dos 296 indivíduos identificados e entrevistados pela Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua na cidade de Londrina, 55,4% não concluíram o primeiro grau, que corresponde ao atual ensino fundamental, dado muito próximo do que foi obtido ao analisar os prontuários da equipe do Consultório na Rua do munícipio.

Cotidianamente, imaginamos que a sociedade é formada pela junção de pessoas, que juntos e através de *contratos racionais*, edificam a sociedade e cuidam da sua continuação. Segundo Souza (2016), “os indivíduos são produtos da sociedade e da socialização familiar e todas as suas escolhas e opiniões refletem essa herança. ”

Como não percebemos essa *herança invisível*, e não temos lembrança dos hábitos paternos e maternos, acabamos sendo, assim como Souza (2009) refere: “marionetes de um drama do qual não somos os autores e nem sequer compreendemos”.

E é justamente através dessa incorporação das *heranças invisíveis*, que é possível gerar crianças *vencedoras*, anteriormente seu acesso à escola, que nesse caso apenas

confirma esse *selo*, com o *carimbo* do *Estado* ou do *mercado*. Para as crianças que tem o aprendizado das *heranças afetivas* como algo *estranho ou externo*, o *carimbo* da escola como sendo “mau aluno, repetente e finalmente desistente”, é o primeiro contato que o indivíduo tem com o *mundo* para o qual ele “simplesmente não foi convidado” (FREITAS, 2009).

O *mundo da rua* é composto por símbolos, manifestações, atividades e sentidos relativos a um universo significativamente masculino. O homem só, em idade adulta e produtiva ainda representa o retrato das ruas (FRANGELLA, 2004).

O perfil sócio demográfico dos usuários cadastrados no Consultório na Rua de Londrina, traz à tona uma população majoritariamente masculina, sendo 78,1% deste gênero, e uma minoria feminina de 21,9%. Esses dados são semelhantes ao perfil dos entrevistados pela Pesquisa Nacional Sobre a População de Rua em Londrina, que também trazem uma população predominantemente masculina (83,7%). Os dados de ambas as pesquisas, mostram uma realidade peculiar das pessoas em situação de rua em relação a população brasileira entrevistada pelo último censo, onde encontramos um número maior de mulheres no país, totalizando 51,3% de população feminina (IBGE, 2010), mostrando que a rua tem sido habitada em sua maioria por homens.

Segundo a Pesquisa Nacional Sobre a População de Rua, quase a metade (48,6%) das pessoas em situação de rua entrevistadas se encontra em faixas etárias entre 25 e 44 anos. Nossa pesquisa demonstra um número ainda mais expressivo de adultos nas ruas, dos 302 cadastrados, 87,4 % se encontra na faixa etária entre 20 e 49 anos, confirmando o perfil do homem em idade produtiva ocupando a rua como sua morada.

A mulher foi entrando gradualmente nesse universo masculino, desalojando os limites do espaço ao qual está circunscrita nas práticas e representações, ou seja, a casa. Mas sua presença não foi suficiente para alterar os padrões de classificação de gênero presentes. As mulheres que tomam a rua como morada são levadas a essas situações por inúmeras razões. Elas saem de seus contextos familiares e domésticos principalmente pela violência doméstica, atingindo tanto jovens quanto mulheres adultas, violência oriunda de pais, padrastos, algumas delas, vão aos grandes centros a procura de seus companheiros que outrora vieram à procura de trabalho, as mesmas, sem dispor de qualquer poder aquisitivo ou referência, acabam nas ruas. A dependência de álcool e outras drogas também estão associadas aos motivos que levam as mulheres para as ruas (FRANGELLA, 2004).

Segundo a Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua, 39,1% das pessoas em situação de rua se declararam pardas. Essa proporção é semelhante à observada no conjunto da população brasileira (38,4%). Declararam-se brancos 29,5% (53,7% na população em geral) e pretos 27,9%, (apenas 6,2% na população em geral). Assim, a proporção de negros (pardos somados a pretos) é substancialmente maior na população em situação de rua. Das 296 pessoas em situação de rua entrevistadas pela mesma pesquisa no munícipio de Londrina, 47% se declararam brancos. Declararam

pardos 28,3% e se declararam pretos 18,3%.

Dos 302 indivíduos em situação de rua cadastrados nos prontuários do Consultório na Rua de Londrina na data de nossa pesquisa, 28,8% se declaram brancos, 48,7% se declaram pardos e 22, 2% se declaram pretos, confirmando assim o dado encontrado na literatura, que identificou que a população em situação de rua é majoritariamente negra (pardos somados a pretos).

O consumo de substâncias psicoativas popularmente referidas como “drogas” é fenômeno recorrente e disseminado em diversas sociedades humanas e em diferentes momentos de suas histórias. Do ponto de vista do campo de estudos da cultura e da política, no seu sentido mais amplo, a existência e o uso de substâncias que promovem alterações na percepção, no humor e no sentimento são uma constante na humanidade, remontando a lugares longínquos e há tempos imemoriais (LABATE et al., 2008).

Ao mesmo tempo, porém – e isso é crucial –, os múltiplos modos pelos quais essa existência e esses usos são concebidos e vivenciados variam histórica e culturalmente. “Drogas” não são somente compostos dotados de propriedades farmacológicas determinadas, que possam ser natural e definitivamente classificadas como boas ou más. Sua existência e seus usos envolvem questões complexas de liberdade e disciplina, sofrimento e prazer, devoção e aventura, transcendência e conhecimento, sociabilidade e crime, moralidade e violência, comércio e guerra (LABATE et al., 2008).

No conjunto dos moradores de rua insere-se um sem números de usuários de substâncias psicoativas, que ocupam o espaço público como uma forma de habitar o universo mais próximo da rede de sociabilidade em torno do consumo de drogas. Muitos não foram para a rua com o propósito de usar, mas, estando no contexto da rua, passam a utilizar drogas como meio de inserção no grupo de rua. A seguir, a relação com o consumo de substâncias psicoativas prescinde da cadeia de relações sociais estabelecidas, e viver na rua passa a ser condição para a continuidade do consumo, visto a desagregação familiar e social que já ocorreu, como resultante do fato em si. Dentre esses subgrupos, as crianças e adolescentes constituem uma parcela importante dos excluídos sociais (BRASIL, 2010).

Segundo Carlini e colaboradores (2005), a relação do consumo de drogas pela população de rua é feita como uma estratégia de sobrevivência nestes contextos. Seus efeitos fornecem uma multiplicidade de sensações, não só prazerosas como euforia e poder, mas alterações da percepção da realidade que promovem uma proteção psíquica contra a dolorosa realidade externa e interna.

Embora as drogas não sejam responsáveis pela ida de crianças, adolescentes e adultos para as ruas, é fato que, estando nas ruas, é difícil não usá-las e que, após experimentar a vida nas ruas usando drogas, muitos confessam a dificuldade de se manter longe delas. Assim, mesmo quando voltam à casa de seus familiares, acabam retornando para as ruas no intuito de poder consumi-las (NOTO et al., 2003).

Até o início da década de noventa, os inalantes eram as substâncias prevalentes

para os meninos e meninas de rua, juntamente com alguns tipos de psicotrópicos e a maconha, utilizados em grupo e de forma lúdica, num modo de relação com a droga cujo significado estava mais ligado à inserção no grupo de rua, como "facilitador" do processo de socialização em um contexto novo para o recém-chegado às ruas, embora não isento das possibilidades de suas repercussões adversas (OLIVEIRA, 2009).

Com a chegada do crack, a partir dos anos noventa, o uso de drogas na rua tomou uma dimensão ainda mais grave, devido às características dessa substância que, pelo seu grande potencial aditivo, rapidez de efeito e necessidade de repetição do uso pode causar rápida dependência física e psíquica. Além disso, seu relativo baixo custo reforça a sua procura e a manutenção do uso. Em consequência, o usuário passa a centrar o interesse, cada vez mais, em consumir a substância, ocasionando um afastamento de outras atividades e de seus pares (BUCHER, 1996).

Em relação ao consumo de álcool e drogas ilícitas houve o seguinte resultado em nossa pesquisa: 8,21% referem o uso apenas de álcool; 7,62% somente o uso de drogas ilícitas; 53,64% o uso de álcool e drogas ilícitas e 30,13%não informaram sobre o uso de substâncias. Ao que referimos como drogas ilícitas, estão inclusas o crack, a maconha e a Cocaína, sendo o Crack a droga mais usada por essa população.

Entre essa população, uma maioria (53,2%) são poli consumidores, fenômeno descrito também na literatura. Segundo a Pesquisa Nacional Sobre o Uso de Crack (2008), os usuários de crack são basicamente poli usuários, sendo que existe uma maior tendência desses usuários a fazer o uso de drogas lícitas juntamente com o crack, sendo o álcool e o tabaco as mais consumidas. O álcool é a substância que os usuários mais temem, apesar de fazerem o uso dela, a maconha é usada por quase todos, sendo muitas vezes uma estratégia para atenuar os efeitos do crack (MAYORA,2016).

É importante frisar, que esse poli consumo é simultâneo, não dando espaço ao que chamamos de "o mito da porta de entrada", ou fenômeno da *escada*, onde em tese o indivíduo começa usando *drogas leves*, como a maconha, e acaba utilizando *drogas pesadas*, como o crack. Muitos já iniciaram pelo crack, substância que além de seu efeito, carrega sentidos, construídos pelo *senso comum*, a *droga lixo*, a *cocaína dos pobres*, a droga daqueles que estão aquém da sociedade (MAYORA, 2016).

Dados do II Levantamento Domiciliar Sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (2005) nos traz que 22,8% da população pesquisada já fizeram uso na vida de drogas, exceto tabaco e álcool, correspondendo a uma população de 10.746.991 pessoas. Na região sul esse número é o menor comparado com as demais regiões do país, o uso na vida de qualquer droga, exceto Álcool e Tabaco, foi de 14,8%. O álcool lidera a pesquisa como a droga mais usada pelo brasileiro, 74,6% da população refere já ter feito uso da mesma, e o tabaco vem em segundo lugar, onde 44,4 % dos brasileiros afirmam já terem usado a substância. Entre as mais variadas drogas listadas na pesquisa, separamos as que surgem em nossa pesquisa, sendo elas a maconha, o crack e a cocaína. Dessas três

drogas, na qual agrupamos elas no conjunto de Drogas Ilícitas, a porcentagem de uso entre a população é muito menor em relação a população em situação de rua. Entre os 302 indivíduos em situação de rua, cadastrados nos prontuários do Consultório na Rua do Município de Londrina, 7,62% fazem uso somente de drogas ilícitas.

5 I CONCLUSÃO

A motivação teórica desta investigação buscou caracterizar um perfil sócio demográfico dos utentes do Consultório na Rua de Londrina, e discutir a relação destes dados às problemáticas e condicionantes estruturais das situações sociais vivenciadas por estes sujeitos.

Na síntese dos dados, encontramos 302 indivíduos cadastrados nos prontuários do Consultório na Rua de Londrina, sendo esse número muito semelhante aos da Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua, realizado entre o ano de 2007 e 2008, que identificaram e entrevistaram no município, 296 sujeitos em situação de Rua. Destes 302 indivíduos, a grande maioria é do sexo masculino, em idade adulta e produtiva, com baixa escolaridade, não-brancos e poli consumidores de substâncias psicoativas, ou seja, fazem uso de mais de um tipo de droga.

A falta da proteção física e simbólica de uma casa, além de constituir uma grave violação dos direitos humanos, interfere na garantia de outros direitos fundamentais para a manutenção de uma vida minimante digna, como segurança e saúde. A situação de rua, faz com que esses indivíduos se tornem invisíveis aos censos demográficos, já que os mesmos tomam como referência os domicílios brasileiros. Essa invisibilidade reflete nas poucas políticas públicas efetivas que atendam a necessidade gritante dessa população. A limitação dos debates acerca da temática ao meio acadêmico reforça os estigmas presentes na sociedade, e torna esses indivíduos meros objetos de pesquisa.

A ampliação do debate acerca da população em situação de rua, suas trajetórias e o uso de drogas, viriam para fortalecer a quebra dos preconceitos existentes na sociedade, que veem os mesmos como desocupados, criminosos e marginais. Dar voz a esses indivíduos poderia diminuir ou até mesmo acabar com a constante violência praticada por cidadãos e até mesmo por agentes públicos a essa população, como sempre são noticiados pela mídia.

A contagem censitária dessa população, auxiliaria tanto na criação de políticas públicas efetivas como na manutenção daquelas já existentes, como é o caso dos Consultórios na Rua. Conhecer seu perfil socioeconômico e sócio demográfico é o início de um trabalho que pode ir muito adiante. Através da entrevista direta com esses indivíduos poderíamos conhecer suas trajetórias de vida, como até ver a percepção de seus familiares acerca dessa situação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Ministério da Saúde/ EPJN-FIOCRUZ: Brasília, setembro 2010, 48 p.

BUCHER, R. Drogas e sociedade nos tempos da AIDS. Brasília: Universidade de Brasília, 131p., 1996.

BURSZTYN, M. Da pobreza à miséria, da miséria à exclusão: o caso das populações de rua. In: ______. **No meio da rua:** *nômades, excluídos e viradores*. Rio de Janeiro: Garamond, p. 27-52, 2000.

CARLINI, E.A. et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil:** estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005 - São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2005.

FRANGELLA, S.M. **Corpos urbanos errantes**: uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo. 361p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

FREITAS, L. A instituição do fracasso. In: SOUZA, J. **A ralé brasileira:** quem é e como vive. 1ª Edição. Belo Horizonte: UFMG, p.281- 304, 2009.

LABATE, B.C. e col. **Drogas e Cultura:** Novas perspectivas. 1º Edição. Salvador: EDUFBA, 2008.

MAYORA, M. O Crack e a Rua. In: SOUZA, J. (Organizador). **Crack e Exclusão.** Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, p.137- 161, 2016.

NOTO, A.R. e col., Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras. Escola Paulista de Medicina, São Paulo, (CEBRID/SENAD), 246 p., 2003.

OLIVEIRA, M.G.P.N. Consultório de Rua: relato de uma experiência. 157p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

SOUZA, J. **A ralé brasileira:** quem é e como vive. 1ª Edição. Belo Horizonte: UFMG, 2009. 379 p.

SOUZA, J. A doença da humilhação. In: ______. (Organizador). **Crack e Exclusão.** Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, p. 29- 38, 2016.

CAPÍTULO 5

A REALIDADE DA DEPRESSÃO GERIÁTRICA NO BRASIL

Data de aceite: 01/10/2021
Data de submissão: 13/08/2021

Rafaela Marques Freire
Fundação Educacional do Município de Assis
Assis - São Paulo
ORCID https://orcid.org/0000-0002-7662-8318

Daniel Augusto da Silva
Fundação Educacional do Município de Assis
Assis – São Paulo
ORCID https://orcid.org/0000-0002-2716-6700

RESUMO: A depressão é um dos transtornos mentais que mais acomete a população idosa, sendo um dos problemas de maior relevância na atualidade, devidos aos seus impactos serem devastadores na vida do paciente deprimido. Assim sendo, o presente trabalho tem por objetivo, através de uma revisão integrativa da literatura, analisar a ocorrência de depressão geriátrica na população brasileira. Conclui-se ao final deste que a depressão apresenta uma íntima relação com as doenças clínicas gerais no idoso, é indispensável a identificação e o tratamento da depressão para que seja possível evitar o agravamento de eventuais doenças orgânicas que elevam a morbidade e o risco de morte. Da mesma forma a depressão geriátrica pode ser prevenida, destacando-se como os principais fatores de proteção: os vínculos afetivos familiares, a prática de exercício físico, o envolvimento em atividades de lazer, a participação comunitária, a frequência em atividades religiosas, o aumento da escolaridade e a identificação de possíveis modificações psicológicas.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão; Depressão Geriátrica; Idoso.

THE REALITY OF GERIATRIC DEPRESSION IN BRAZIL

ABSTRACT: Depression is one of the mental disorders that most affects the elderly population, being one of the most relevant problems today, due to its devastating impacts on the life of depressed patients. Therefore, this study aims, through an integrative literature review, to analyze the occurrence of geriatric depression in the Brazilian population. It is concluded at the end of this that depression has a close relationship with general clinical illnesses in the elderly, it is essential to identify and treat depression so that it is possible to avoid the aggravation of possible organic diseases that increase morbidity and the risk of death. Likewise, geriatric depression can be prevented, highlighting as the main protective factors: affective family bonds, physical exercise, involvement in leisure activities, community participation, frequency of religious activities, increase education and the identification of possible psychological changes.

KEYWORDS: Depression; Geriatric Depression; Elderly.

1 I INTRODUÇÃO

O estatuto do idoso, no Brasil considera o idoso, a partir de quando o mesmo tenha 60 anos

ou mais de idade. Sabe-se que no Brasil, tenha aproximadamente 20 milhões de pessoas idosas, e estima-se, para 2025 que chegará a ser de 32 milhões de pessoas idosas, o Brasil estará ocupando o sexto lugar no mundo com pessoas acima de sessenta anos. Certamente, o número de idosos, será maior ou igual ao número ao de crianças e jovens, com idades de 0 a 15 anos (RIBEIRO et al., 2018).

O processo de envelhecimento, consequentemente, traz muitas modificações para o indivíduo, seja elas, transformações morfológicas, psicológicas, funcionais e bioquímicas, podendo se manifestar de forma diferente em cada sujeito, com isso, poderá acarretar a perda de autonomia e independência do mesmo, assim sendo, ficando mais suscetível a incidência de doenças durante a vida (FERREIRA et al., 2012). Esse processo de envelhecimento, pode estar relacionado com o desenvolvimento da depressão e podem estar acompanhados por alterações físicas, sociais e psicológicas, desencadeando-se o medo, ansiedade, solidão e sentimentos negativos consigo mesmo (SILVA et al., 2014).

A terceira idade, quando chega ao processo de envelhecimento, está presente na depressão, fazendo forte interação com os aspectos como: idade, sexo, aspectos sociais, doenças crônicas, prejuízo cognitivo (SEMEDO et al., 2016).

Dessa forma, a depressão é um grave problema de saúde pública, por conta de mais de 300 milhões de pessoas viverem com essa doença. Sendo assim, é considerada a principal causa de problemas de saúde e acarretando a incapacidade funcional seja no Brasil, como no mundo todo (OMS, 2017). Haverá um aumento de 223% de pessoas com essa faixa etária, estima-se que em 2050 terá dois milhões de pessoas idosos e sendo 80% dessas pessoas vivendo em países ricos.

A depressão se distingue de indivíduo para indivíduo, ou seja, a sintomatologia, a faixa etária e as circunstâncias existentes da idade, consequentemente, interferindo na diminuição da resposta emocional e ausência positivo de afeto. Esse distúrbio provoca uma grande predominância nos sintomas, como, diminuição do sono, perda de interesse nas atividades do dia a dia, perda de energia, ruminação mental (de volta ao passado). Juntamente, com os sintomas, que estipulem um quadro depressivo, e que afetam a qualidade de vida do idoso, interferindo nas condições de saúde, independência e autonomia, funcionalidade física e mental, motivação a querer sempre estar em movimento, realizando novas atividades. Pode-se destacar também perda de vínculo seja da sua família/amigos, solidão por perda afetiva e a ausência de interesse social, gerando um certo comprometimento na sua sanidade mental, deixando-o deprimido e com pensamentos negativos e inseguros sobre si mesmo. Tudo isso podendo gerar uma grande probabilidade a depressão, suicídio e podendo gerar um fator de risco para o desenvolvimento de um processo demencial (LAMPERT; FERREIRA, 2018).

Os profissionais da área da saúde, deixam passar despercebidos esses pacientes com sintomatologia, sendo os mais deprimidos ou, por conta de acreditarem que sejam manifestações normais, do processo de envelhecimento, até mesmo confundem sentimento de tristeza e/ou ansiedade. Com isso, os diagnósticos não identificados, acompanhados com

intervenções não adequadas para a melhora do quadro, interfere imediato no prognóstico da doença. Sem o manejo adequado do profissional com esse paciente, vem os malefícios e os impactos, como o comprometimento funcional, social e físico e alto risco de mortalidade se não tratada corretamente a doença (BRETANHA et., 2015).

Sendo assim, percebemos que a depressão é uns dos transtornos mentais que mais acomete a população idosa quando chegam na terceira idade (velhice), e é uns dos problemas mais sérios, dos tempos de hoje, devidos seus impactos serem devastadores na vida do paciente deprimido (FAÍSCA et al., 2019).

Este estudo tem por objetivo analisar a ocorrência de depressão geriátrica na população brasileira.

2 I METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, com abordagem qualitativa. As etapas que compõem o método de revisão integrativa são: estabelecer a hipótese ou a pergunta da revisão; selecionar a amostra a ser estudada; categorizar os estudos; analisar os estudos inclusos na pesquisa; interpretar os resultados e apresentar a revisão ou a síntese do conhecimento (SOUZA et al., 2010). Para este estudo, a questão norteadora foi: Como se dá a depressão geriátrica na população brasileira?

Como revisão integrativa da literatura, a população estudada constitui-se de artigos publicados e disponibilizados pela Biblioteca Virtual em Saúde, que abriga as bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); BDENF (Base de Dados de Enfermagem); MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde); e CINAHL (Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature).

A busca de artigos na Biblioteca Virtual de Saúde foi realizada nos meses de fevereiro a abril de 2021, utilizando-se os Descritores de Saúde: Depressão; Idoso.

Os critérios de inclusão para seleção da amostra de artigos foram:

- Artigos que abordou a temática da depressão geriátrica;
- Indexados nas bases de dados selecionadas para o estudo;
- Publicados nos últimos 5 anos (2016-2021);
- Em português.

Os critérios de exclusão foram:

- Artigos completos indisponíveis;
- Artigos que não trataram do objetivo desta pesquisa;
- Artigos de revisão de literatura, integrativa ou sistemática, dissertações e teses.

Para viabilizar a análise dos artigos que integraram a revisão de literatura, foi utilizado uma tabela de coleta de dados, com itens que contemplam os objetivos do estudo.

O processo de análise envolveu a leitura e releitura dos artigos e o preenchimento do formulário com dados de todos os artigos. Em seguida, os dados foram analisados tendo como base seus conteúdos, além da relação dos dados com o objeto de interesse destacados em cada estudo.

3 | RESULTADOS

Houve a agregação de treze artigos que atenderam aos critérios de inclusão propostos para esta revisão de literatura. Conforme descrito no capítulo de metodologia, foi elaborado, pela a autora, um instrumento para coleta dos dados, assim, a seguir, os dados coletados são apresentados compreendendo cada artigo selecionado e as informações respectivas.

Autores, Ano	Características sociodemográficas* dos idosos	Sinais e sintomas	Eventos relacionado ao desenvolvimento da depressão	Fatores de proteção
BESPALHUK et al., 2021.	Total 557, 127 com depressão (21%). Sexo: Feminino 85 (24,7%) Masculino 42 (19,7%) Estado civil: Viúvo/solteiro/separado 62 (23,3%) Casado/união estável 65 (21,5%) Escolaridade: Nenhum 64 (27,2%) Um a três anos de estudo 36 (20,6%) Quatros anos ou mais de estudo 27 (18,4%) Renda do idoso em SM Até um SM 8 (25%) Mais de um SM 119 (22,7%).	Alterações de humor e baixa autoestima, ao se deparar com limitações em desempenhar atividades que requeiram maior capacidade física e cognitiva.	Possuir problemas de saúde Comprometimento da capacidade funcional Inatividade no mercado de trabalho Falta de autonomia financeira Autopercepção ruim de saúde	Identificar possíveis modificações psicológica
SANTOS et al., 2020.	14 idosos. Características demográficas não abordado neste artigo.	Frustração, tristeza, angústia e fragilidade emocional.	Solidão Residir sozinho Conflitos familiares Dificuldade nas relações interpessoais Isolamento social	Vínculos afetivos familiares Envolvimento em atividades de lazer Participação comunitária (apoio social)

GUIMARÃES et al., 2019.	42 idosos, sendo 23 com depressão (54,8%). Sexo: Feminino 11 (64,7%) Masculino 12 (48,0%) Estado civil: Casado (a) 1 (33,3%) Solteiro (a) 14 (51,9%) Viúvo (a) 8 (66,7%) Sabe ler e escrever Sim 9 (47,4%) Não 14 (60,9%) Renda do idoso em SM Até um SM 8 (25%) Mais de um SM 119 (22,7%).	Conteúdo não abordado neste artigo.	Incontinência urinária Autopercepção de saúde negativa Qualidade de sono ruim Abandono familiar Não ter independência na vida financeira	Conteúdo não abordado neste artigo.
SILVA et al., 2019.	360 idosos, sendo 226 com depressão (62,8%). Sexo: Feminino 171 (69,9%) Masculino 55 (69,6%) Estado Civil Com companheiro 98 (67,1%) Sem companheiro 128 (59,8%) Escolaridade 5 anos ou mais 40 (78,4%) Até 4 anos 186 (60,2%) Renda familiar categorizada Até um SM 146 (59,6%) Mais de um SM 80 (69,6%).	. Conteúdo não abordado neste artigo.	Autopercepção negativa sobre a própria saúde Ter sofrido quedas Hospitalização Comprometimento da capacidade funcional Residir sozinho	Conteúdo não abordado neste artigo.
UCHOA et al., 2019.	100 idosos, sendo 22 com depressão (22%) Sexo: Feminino 18 (81,82%) Masculino 4 (19,05%) Estado Conjugal Solteiro 4 (22,7%) Casado 7 (33,33%) Viúvo 7 (33,33%) Escolaridade Não alfabetizado (36,4%) Ensino básico (até 3 ano) 10 (47,62%) Ensino fundamental completo 2 (9,52%) Renda Até um SM 12 (54,5%) Mais de um SM 10 (47,62%)	Conteúdo não abordado neste artigo.	Sedentarismo Comprometimento da capacidade funcional Autopercepção ruim da saúde Não participar de grupos de convivência	Praticar exercício físico

SILVA et al., 2019.	185 idosos, sendo 67 (36,2%) com depressão. Sexo feminino mais prevalentes. Viuvez. Baixa escolaridade. Elevada desigualdade na renda média.	Conteúdo não abordado neste artigo.	Situação conjugal (viuvez) Autopercepção de saúde ruim ou regular Possuir problemas de saúde	Atividades desenvolvidas em centros ou grupos de idosos . Praticar exercícios físicos.
FREIRE et al., 2018.	54 idosos, 53 com depressão (98,1%). Sexo: Feminino 29 (54,7%) Masculino 42 (45,3%) Estado civil: Casado 3 (5,6%) Divorciado 1 (1,9%) Solteiro 47 (87%) Viúvo 3 (5,6%) Escolaridade Analfabeto 11 (20,4%) Alfabetizado 24 (44,4%) Ensino fundamental 17 (31,5&) Ensino médio 1 (1,9%) Renda do idoso em SM Até um SM 44 (81,5%) Mais de um SM 5 (9,3%).	Conteúdo não abordado neste artigo.	Possuir problemas de saúde Tabagismo Sedentarismo Ausência familiar Solidão Isolamento social	Maior vínculo afetivo
LAMPERT; FERREIRA, 2018.	112 idosos, sendo 40 (35,7%) com depressão. Sexo: Feminino	Visão de si, do mundo e do futuro mais pessimista (negativa).	Residir sozinho Comprometimento da capacidade funcional Solidão Diminuição de seus laços sociais	Maior vínculo afetivo

SOUSA et al., 2017.	153 idosos, 43 com depressão (28,1%). Sexo: Feminino 34 (17,6%) Masculino 9 (17,6%) Estado civil: Casado 13 (17,1%) Divorciado 8 (50%) Solteiro 3 (33,3%) Viúvo 19 (36,5%) Escolaridade: Analfabeto 19 (31,7%) Ens. Fund. Incomp. 20 (27,8%) Ens. Fund. Compl. 4 (28,6%) Renda do idoso em SM: < 1 SM 3 (23,1%) 1 a 2 SM 1 (16,7%) 2 a 4 SM 39 (29,5%)	Conteúdo não abordado neste artigo.	Possuir problemas de saúde Não possuir religião Estado conjugal (divorciado)	Frequentar atividades religiosas
GULLICH; DURO; CESAR, 2016.	544 idosos, sendo 111 (20,4%) com depressão. Maior prevalência: Sexo Feminino. Menor escolaridade. Separado/viúvo.	Conteúdo não abordado neste artigo.	Fumantes Hospitalização Estado conjugal (solteiro) Menor renda familiar	Prática de atividade física Participação em evento religioso Realização regular de atividades de lazer
HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016.	1394 idosos, sendo 212 (15,2%) com depressão. Maior prevalência: Sexo Feminino. Viver sem companheiro. Menor escolaridade. Pior condição socioeconômica (classes D e E). Não trabalhar.	Redução do prazer nas atividades cotidianas. Limitação das atividades, gerando um sentimento negativo.	Sedentarismo Autopercepção da saúde ruim Comprometimento da capacidade funcional Viver sem companheiro	Conteúdo não abordado neste artigo.

NÓBREGA; LEAL; MARQUES,2016.	136, sendo 73 (53,7%) com depressão. Sexo: Feminino 59 (62,8%) Masculino 14 (33,3%) Estado civil: Casado 5 (41,7%) Divorciado 15 (78,9%) Solteiro 38 (52,8%) Viúvo 15 (45,5%) Escolaridade Analfabeto 24 (61,5%) Ens. Fund. Incomp. 20(60,6%) Ens. Fund. Compl. 12 (40,0%) Renda do idoso em SM Não possui rendimentos 6 (35,3%) Até um SM 56 (53,8%) Mais de um SM 6 (60,0%	Conteúdo não abordado neste artigo.	Estado conjugal (separados ou divorciado) Autopercepção de saúde ruim Comprometimento da capacidade funcional	Conteúdo não abordado neste artigo.
MAGALHÃES et al., 2016.	241, sendo 70 (29,0%) com depressão. Sexo: Feminino 56 (80,0%) Masculino 14 (20,0%) Estado civil: Casado 26 (37,1%) Divorciado 1 (1,4%) Solteiro 4 (5,7%) Viúvo 39 (55,7%) Escolaridade: Sem escolaridade (44,3%) Ens. Fund. Incomp. 23(32,9%) Ens. Fund. Compl. 7 (10,0%)	Conteúdo não abordado neste artigo.	Não participação em atividades comunitárias Baixa escolaridade	Aumento da escolaridade

* sexo, estado civil, escolaridade e renda.

Tabela 1. Instrumento para coleta dos dados. Assis, SP, Brasil, 2021.

4 I DISCUSSÃO

Ao decorrer desta pesquisa, observou-se a existência de poucos artigos que abordam a temática da depressão geriátrica. Desta forma foram selecionados 13 estudos de potencial interesse. Poucos abordam as percepções do idoso diante do seu quadro de saúde, quais seriam os sinais e sintomas do idoso, as queixas principais, os malefícios que a depressão traz para sua vida. Dados demonstram que, a avaliação para o risco de depressão, se apresentava associada a situações diversas, não focando apenas na depressão. Esse dado, demonstra que é de grande valia, pois possibilita a compreensão de quais são os principais sinais e sintomas na população brasileira, para podermos ter intervenções adequadas

conforme a necessidade e a severidade da depressão, melhorando assim sua qualidade de vida.

Os artigos selecionados evidenciam um cenário de depressão em idosos que variaram de 15,2% a 98,1%. É uma situação discrepante, na qual percebe-se a avaliação da depressão próxima aos 20% e outrora quase detectada na totalidade dos participantes. A depressão atinge 11,5 milhões de pessoas sendo 5,8% no Brasil (GONÇALVES et al., 2018). A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2020) estima que mais de 300 milhões de pessoas sofram de depressão, sendo um transtorno comum que ocorre em todo o mundo, tornando a depressão a doença psiquiátrica que mais acomete os idosos (LOPES et al., 2015).

Sobre as características sociodemográficas que apareceram com mais precisão em grande maioria dos artigos analisados, percebeu-se que a prevalência de depressão era em sua maioria sexo feminino, estado conjugal viúvo, baixa escolaridade e menor renda.

Igualmente em um estudo, os autores investigaram a predominância da depressão de acordo com as características sociodemográficas, no interior do Nordeste, observou-se que as mulheres em relação a sintomatologia estão propensas duas vezes mais que os homens e baixa escolaridade (LOPES et al., 2015).

Corroborando a respeito do sexo feminino ser mais prevalente na sintomatologia depressiva, a senilidade está mais marcante na vida da mulher. Vários eventos acontecem na vida da mulher, como perda do companheiro, morbidades, problemas financeiros e ausência da ajuda familiar, assim estando mais propensas para o desenvolvimento da depressão (SALES et al., 2016). Estão também, envolvidos para a prevalência de sintomas de depressão na mulher o fato, das alterações hormonais, que acontecem no climatério, envolvendo, redução da memória, libido e concentração, apresentando um maior risco para a manifestação de sintomas depressivos (SOUSA, 2017).

Ressalta-se ainda que esse distúrbio apresenta um maior risco de acometer indivíduos com baixa escolaridade, sendo que em pessoas com alta escolaridade, serviria como uma condição favorável para o não surgimento desses sintomas. Isso ocorre porque um maior nível educacional traria mais recursos de enfrentamento, atuando de modo eficiente aos eventos estressantes da vida (BORGES et al., 2012).

Em relação a baixa renda, não existe uma associação concreta entre sintomas depressivos e renda, pois em um estudo brasileiro feito com idosos com baixa renda, evidenciou-se prevalência de sintomas depressivos, cerca de 50% a mais da população que apresentava maior renda, independente de outros fatores de risco (CREPALDI, 2009).

Em um estudo realizado na zona rural e urbana, na cidade de Ituiutaba - Minas Gerais, também prevaleceu a sintomatologia depressiva em idosos de baixa renda, com isso ocasiona sentimentos negativos na vida desse idoso, desencadeando sintomas depressivos (FARIA, 2016).

Destacam-se como sinais e sintomas identificados nos artigos analisados e que

levaram ao diagnóstico de depressão em idosos: alterações de humor e baixa autoestima, frustação, tristeza, angústia, fragilidade emocional, negatividade quanto uma visão de si do mundo e do futuro mais pessimista, redução do prazer nas atividades cotidiana e sentimento negativo quando se depara a limitações de atividades do dia a dia.

A depressão pode ser caracterizada como um transtorno de humor, com sinais e sintomas que podem variar e podendo se evidenciar através de sintomas emocionais, tais como, tristeza e perda de prazer; motivacionais, levando a passividade, falta de iniciativa e de persistência; cognitivos, produzindo uma visão pessimista de si mesmo, desesperança, enfraquecimento da concentração e memória; físicos tais como, mudança do sono e apetite, fadiga, aumento de dores e mal-estar nas atividades (RUFINO et al., 2018).

Ainda segundo o autor os sintomas mais predominantes nas pessoas diagnosticadas com depressão são: desesperança, tristeza, abatimento, desgosto da própria vida e desiquilíbrio emocional. As atividades que antes tinham grande importância na vida do mesmo, passam a ser irrelevantes. Já os sintomas cognitivos compreendem os pensamentos mais pessimistas, tudo negativo em sua vida, sentimento de frustação, consistindo na incerteza de suas competências para melhoria de sua própria vida. Finalizando, os sintomas físicos, expressam as alterações do nosso corpo, que ao serem identificados podem levar a pessoa com depressão a confundir com o que sente a ampliar a sua dor, preocupando-se com a sua saúde (RUFINO et al., 2018).

Na apresentação dos eventos relacionados ao desenvolvimento da depressão, conforme a revisão integrativa, os artigos selecionados citaram, possuir problemas de saúde, comprometimento da capacidade funcional, inatividade no mercado de trabalho, falta de autonomia financeira, autopercepção ruim de saúde, solidão, residir sozinho, conflitos familiares, dificuldade nas relações interpessoais, isolamento social, incontinência urinária, qualidade de sono ruim, abandono familiar, ter sofrido quedas, hospitalização, residir sozinho, sedentarismo, não participar de grupos de convivência, situação conjugal (viúvo, divorciado, separado e solteiro), tabagismo, isolamento social, não possuir religião, menor renda familiar e viver sem companheiro. A descrição sobre os eventos estão presentes na Figura 2.

Figura 2- Eventos relacionados ao desenvolvimento da depressão.

Ao observar a figura acima, evidenciamos que os eventos mais frequentes que estão relacionados ao desenvolvimento da depressão, são: a autopercepção ruim da saúde, comprometimento da capacidade funcional, situação conjugal (viuvez/divorciado/solteiro), possuir problemas de saúde, residir sozinho, sedentarismo, dificuldade nas relações interpessoais, isolamento social, abandono familiar, hospitalização, tabagismo, solidão e não participar de grupos de convivência. Foram os mais prevalentes, conforme os artigos analisados.

A autopercepção, corresponde as particularidades de cada indivíduo, suas percepções de si mesmo, baseando através de situações vividas e ponto de vista de si próprio. Indica também a autopercepção, morbidade, qualidade de vida e funcionalidade, quando usada para discorrer sobre seu estado geral (VAZ et al., 2020). Em um estudo no Sudeste do Brasil, o autor buscou identificar a relação entre autopercepção negativa de saúde e as características individuais em um grupo comunitário de idosos. Os resultados indicaram que os idosos que referiram autopercepção negativa, apresentaram menor renda, não praticavam atividade física e tinham problemas de saúde, corroborando com os achados da presente pesquisa (VAZ et al., 2020).

Os resultados de autopercepção negativa de saúde, foram pluridimensionais, envolvendo condições socioeconômicas, modo de se viver e da saúde. Identificou-se ainda nesse estudo que a renda, pobreza e baixa escolaridade estão relacionadas umas às outras as autopercepções de saúde ruim, pois isso influencia em não procurar serviços de saúde,

não se tendo uma ação mais eficaz na saúde conforme suas necessidades (VAZ et al., 2020). No que se diz a respeito da prática de exercício físico, relacionados a autopercepção ruim de saúde, verificamos que a realização de atividade física, traz muitos benefícios para essas pessoas, além da melhora do seu físico, também promove uma autonomia, um vínculo com outros grupos de pessoas, estimulando seus laços socias e promovendo melhora significante para sua saúde e autoestima. Já possuir problemas de saúde, relacionado a autopercepção ruim de saúde, podem surgir a partir disso, a incapacidade funcional, interferindo negativamente na saúde do idoso (VAZ et al., 2020).

Tendo em vista o predomínio em autopercepção ruim da saúde ser elevado nos idosos, deve-se investigar de forma mais cautelosa e cuidadosa, os serviços de saúde, pois suas consequências para vida e saúde dos idosos são devastadoras (CARNEIRO et al., 2020).

Entre os eventos que podem levar a depressão, o comprometimento da funcionalidade interfere diretamente na autonomia do idoso, tornando-o incapaz de cuidar de si mesmo, ou seja, realizar as atividades da vida diária. Quando o comprometimento funcional está afetado, encaminha a perda de independência, gerando problemas psicológicos na vida do idoso. Podendo gerar sentimentos negativos, por ter uma certa dependência nas atividades de vida diária (POSSATTO; RABELO, 2017).

No que se refere no comprometimento funcional, os idosos vivenciam nessa fase a fragilidade e com isso surgem os sentimentos negativos, impedindo o idoso a resolver problemas do seu dia a dia, se sentindo incapaz, abalando a dependência do idoso (REIS; MARINHO; LIMA, 2014).

De acordo com um estudo desenvolvido no intuito de estimar a sintomatologia depressiva em serviço ambulatorial especializado, no que se refere a situação conjugal de idosos separados/divorciados, observou-se uma prevalência dos sintomas depressivos, tendo em vista que os idosos divorciados estão propensos a solidão. Da mesma forma, a perda do companheiro, juntamente com o luto, pode desencadear os sintomas depressivos, ou seja, podem conduzir a uma situação de sobrecarga e trazer prejuízos para à saúde (AGUIAR et al., 2014).

Em um estudo desenvolvido para a identificação da relação entre as comorbidades e a depressão com idosos de um ambulatório de referência, na cidade de Salvador, observou-se a presença de sintomas depressivos em indivíduos com mais de três doenças crônicas. Identificou-se ainda que as doenças clínicas podem contribuir para o desenvolvimento da depressão, através das relutâncias psicológicas ou cerebral, ainda afirma que as doenças mentais e físicas, tendo em visto que uma vez que o indivíduo tenha alguma patologia, tornando-se mais propenso ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos (DUARTE; REGO, 2007).

A respeito de residir sozinho, é possível observar que idosos que moram acompanhados por outras pessoas, indicam menor prevalência de depressão, enquanto que idosos que moram sozinhos, podem desenvolver sentimentos negativos e vazios, solidão

e assim diminuir suas relações sociais, ficando mais susceptível ao desencadeamento da depressão (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010).

O apoio familiar proporciona ao idoso um equilíbrio emocional, pois quando não se tem um apoio prejudica então, na saúde do idoso e com isso vem a prevalência dos sintomas depressivos para a vida desse idoso. Tendo, esse vínculo familiar afetado, vem o sentimento de negatividade como, solidão e abandono. Ao passar pela senilidade, os idosos veem, como o "fim da vida", acompanhados pelo o isolamento, abandono, sendo situações que reduzem a funcionalidade, levando a ocorrência da depressão (SAINTRAIN et al., 2018).

Os idosos que praticavam algum exercício físico, comparados aos idosos que não praticavam, apresentavam menor predominância de sintomas depressivos. O sedentarismo está correlacionado com o prejuízo na saúde do idoso, pois pode levar ao progresso de uma doença, inclusive a doença psicológica a depressão. O exercício físico proporciona para o idoso um envelhecimento mais saudável e com menor riscos de desenvolverem doenças. A atividade física, além de estar relacionada na parte de bem-estar fisiológico, esta relacionadas às relações sociais, conquista de sua independência e autonomia (HERNANDEZ; VOSER, 2019).

O idoso hospitalizado está propenso ao desenvolvimento da depressão, pois ao estar longe de casa e hospitalizado, podem surgir sentimentos negativos por ter de seguir as ordens dadas ao âmbito hospitalar (SERRA et al., 2019).

Em relação os grupos de convivência, é possível observar que o convívio com outros idosos, é vantajoso para quem participa dos grupos, pois permite conversar com outras pessoas, trocas de ideias, pensamentos da sua rotina e experiências. Permite também espairecer a cabeça, sair de casa, dialogar sobre diversos assuntos e socializar com pessoas com situações parecidas ou iguais, promovendo o bem-estar mental e físico, para ter uma condição de vida melhor (KOCH et al., 2013).

O tabagismo pode estimular a depressão e a ansiedade, alterando os circuitos/redes neuronais, por conta da substância (nicotina) presente no tabaco. Com isso, desregula o sistema "hipotálamo-hipófise-adrenal", havendo uma secreção excessiva de cortisol, consequentemente, alterando a atividade do sistema neurotransmissor a qual é responsável por controlar reações a estressores e depois se regulariza depois da retirada da nicotina. No que se refere a relação entre o tabagismo e doenças mentais, destaca-se o consumo o tabaco em uma idade mais avançada no intuito de amenizar os sintomas psiquiátricos, como um suporte de automedicação (SANTOS, 2017). O tabagismo também pode ser resultante do abandono, ócio e a fragilidade, podem levar ao tabagismo (FREIRE et al., 2018).

A lacuna sobre o tratamento que iria colocar nos resultados foi retirada, pois os 13 artigos analisados não abordavam a respeito do tratamento na vida do idoso com prevalência de sintomas depressivos, sendo assim ficando vago a informação que estava procurando.

De acordo com os artigos pesquisados, podemos observar atividades que protegem o idoso para não desenvolver depressão. Os fatores de proteção achados conforme os artigos

lidos foram: vínculos afetivos familiares, praticar exercício físico, envolvimento em atividades de lazer, participação comunitária, frequentar atividades religiosas, aumento da escolaridade e identificar possíveis modificações psicológica.

A figura 3 abaixo demonstra os achados mais prevalentes em maior quantidade em ordem aos menos prevalentes foram:

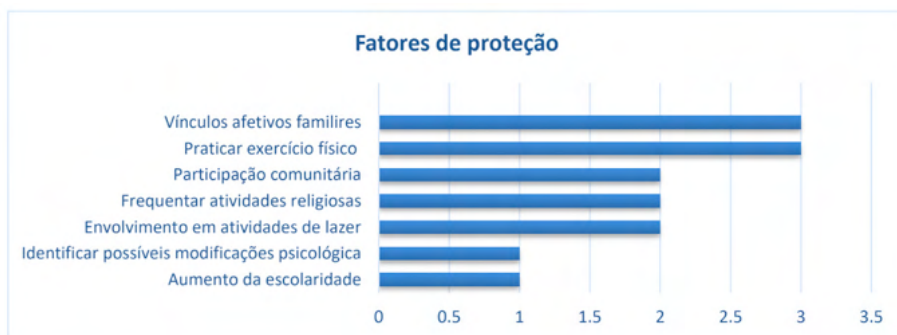



Figura 3 - Fatores de proteção para não desenvolvimento da depressão.

Conforme a análise dos artigos selecionados, observa-se uma prevalência do fator de proteção vínculo afetivo. O vínculo afetivo é um fator de proteção do idoso para o não desenvolvimento da depressão, pois a família é a base de tudo, na qual contam quando precisam, deste modo, suprindo a necessidade pela situação que o procurou (TEIXEIRA; et al., 2020). Observa-se ainda a associação de fatores depressivos em idosos residentes de Instituições de Longa Permanência, pois quando os idosos não recebem sua família principalmente os filhos, desenvolvem sentimentos negativos consigo mesmo como, abandono e solidão, com isso, vem o isolamento e consequentemente, não conversando com os outros residentes. (RODRIGUES; BOÁGUA; GOMES, 2021).

Os autores ainda que para o bem-estar e para saúde mental do indivíduo é importante a presença de alguns fatores de proteção tais como, realização de atividades físicas, ocupações de lazer, possibilitando ao idoso quando chegar a senilidade uma melhor qualidade de vida, pois possibilita que participe e seja inserido socialmente conforme participa das atividades, diminuindo a prevalência de sintomas depressivos (RODRIGUES; BOÁGUA; GOMES, 2021).

As atividades de lazer, são benéficas para quem procura, pois promovem o bem estar, afetivo, social e cognitivo, abrangendo jogos e brincadeiras (LUCCA; RABELO, 2011).

Um estudo com idosos acompanhados por uma Estratégia Saúde da Família, identificou uma maior prevalência de sintomas depressivos em idosos que não participavam de atividades comunitárias (BORGES; DALMOLIN, 2012). Essa participação social, traz para a vida do idoso diversos benefícios, como o seu bem-estar e o entusiasmo, aumentando

sua autoestima e o enaltecimento dos seus entendimentos e saberes, além de estimular o psicológico, colaborando para sua vida saudável (RIBEIRO et al., 2018).

A espiritualidade na vida do indivíduo que está passando pela a senilidade, mostra-lhe o sentido da vida. Tem grande impacto benéfico a religiosidade na vida deste indivíduo, pois proporciona a diminuição dos sentimentos negativos e além de mostrar uma visão positiva desse processo do envelhecimento, como algo positivo, compreendo de forma mais clara o significado de sua vida. Por fim, a religiosidade age de forma protetora, proporcionando o idoso ser mais resilientes, sabendo lidar assim com o meio externo, fortalecendo e sabendo lidar com a senilidade e o contexto social em que vive (NERY et al., 2018).

No que se refere à escolaridade um estudo apontou mais da metade dos idosos participantes tinham ensino fundamental incompleto e que quanto maior a escolaridade, melhor as condições de saúde, educação, envolvimento com a atuação social e funções em exercícios que abrangem as funções mentais e cognitivas (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010).

Da mesma forma é importante identificar os acontecimentos que ocasionam a prevalência da depressão ou até mesmo, a depressão já existente na vida deste indivíduo. Relevante também, investigar os fatores que estão mais prevalentes em desenvolver a depressão, sendo a psicológica e psicossocial (STELLA et al., 2002).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão constitui um grave problema de saúde pública, tendo em vista atingir mais de 300 milhões de pessoas em todo o mundo. Sendo assim, é considerada a principal causa de problemas de saúde, acarretando a incapacidade funcional tanto no Brasil, como em todo o mundo.

A depressão envolve fatores biológicos e psicossociais, apresentando sintomas específicos em cada indivíduo, cada um com sua particularidade, destacando-se como principais características a pela perda de humor, o sentimento de tristeza, a baixa autoestima, a perda de vínculos com amigos e familiares, interferindo na sua qualidade de vida e gerando uma mudança radical para sua vida. Esse transtorno tem uma grande probabilidade risco, por poder levar a alta índice de morbidade e mortalidade e as incidências desse transtorno está relacionado, com a idade avançada, doença crônica, situação financeira e estado psicológicos.

Trata-se de um dos transtornos mentais que mais acomete a população idosa, sendo um dos problemas de maior relevância na atualidade, devidos seus impactos serem devastadores na vida do paciente deprimido.

Entre os fatores mais frequentes relacionados ao desenvolvimento da depressão, podem ser destacados: a autopercepção ruim da saúde, comprometimento da capacidade funcional, situação conjugal (viuvez/divorciado/solteiro), possuir problemas de saúde, residir

sozinho, sedentarismo, dificuldade nas relações interpessoais, isolamento social, abandono familiar, hospitalização, tabagismo, solidão e não participar de grupos de convivência e o risco de morte.

REFERÊNCIAS

ABELHA, Lúcia. Depressão, uma questão de saúde pública. **Cad. Saúde Colet**., Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 223, 2014.

AGUIAR, Avelino Maciel Alves de et al. Prevalência e determinantes de sintomatologia depressiva em idosos assistidos em serviço ambulatorial. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 853-866, 2014.

BESPALHUK, Kelly Thais Pestana et al. Prevalência de sintomas depressivos em idosos atendidos em unidades de saúde da família e fatores associados. **Rev. Enferm. UFSM- REUFSM**, Santa Maria, RS, v. 11, e34, p. 1-20, 2021.

BRETANHA, Andréia Ferreira et al. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 1-12, 2015.

BORGES, Daniela Teixeira; DALMOLIN, Bernadete Maria. Depressão em idosos de uma comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Passo Fundo, RS. **Rev. Bras med far comunidade**, Florianópolis, v. 7, n.23, p. 75-82, 2012.

CARNEIRO, Jair Almeida et al. Autopercepção negativa da saúde: prevalência e fatores associados entre idosos assistidos em centro de referência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 909-918, 2020.

CREPALDI, André Luiz. **Depressão e sintomas depressivos em idosos de baixa renda em São Paulo**: prevalência, fatores associados e uso de serviços de saúde. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

DRAGO, Susana Margarida Mestre dos Santos; MARTINS, Rosa Maria Lopes. A depressão no idoso. **Millenium**, v. 43, p. 79-94, 2012.

DUARTE, Meirelayne Borges; REGO, Marco Antônio Vasconcelos. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 691-700, 2007.

FAISCA, Letícia Raquel et al. Solidão e sintomatologia depressiva na velhice. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v. 37, n. 2, p. 209-222, 2019.

FARIA, Mayalla de Freitas. **Relação da depressão com aspectos sociodemográficos em idosos residentes nas zonas urbana e rural de Ituiutaba-MG**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Biológicas) - Universidade Federal de Uberlândia, Ituiutaba, 2016.

FERNANDES, Maria das Graças Melo; NASCIMENTO, Neilce Falcão de Souza; COSTA, Kátia Nêyla de Freitas. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p/ 19-27, 2010.

FERREIRA, Olívia Galvão Lucena et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 513-518, 2012.

FREIRE, Hyanara Sâmea de Sousa et al. Aplicação da escala de depressão geriátrica de Yesavage em instituições de longa permanência. **Revista Nursing**, v. 21, n. 237, p. 2030-2035, 2018.

GONÇALVES, Angela Maria Corrêa; et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **J Bras Psiquiatr**, v. 67, n. 2, p.101-109. 2018.

GUIMARÃES, Lara de Andrade et al. Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituição de longa permanência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3275-3282, 2019.

GULLICH, Inês; DURO, Suele Manjourani Silva; CESAR, Juraci Almeida. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol,** v. 19, n. 4, 2016.

HELLWIG, Natalia; MUNHOZ, Tiago Neuenfeld; TOMASI, Elaine. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 21, n. 11, 2016.

HERNANDEZ, José Augusto Evangelho; VOSER, Rogério da Cunha. Exercício físico regular e depressão em idosos. **Estudos & Pesquisas em psicologia**, v. 19, n.3, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico de 2010**. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/. Acesso em: 20 jun. 2020.

KOCH, Rosane Fátima et al. Depressão na percepção de idosas de grupos de convivência. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 7, n. 9, p. 5574-82, 2013.

LAMPERT, Claudia Daiane Trentin; FERREIRA, Vinicius Renato Thomé. Fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos. **Aval. psicol.**, Itatiba, v. 17, n. 2, p. 205-212, 2018.

LOPES, Johnnatas Mikael et al. Associação da depressão com as características sociodemográficas, qualidade do sono e hábitos de vida em idosos do Nordeste brasileiro: estudo seccional de base populacional. **Rev. Bra. Geriatra. Gerontol**, v. 18, n. 3, 2015.

LUCCA IL; RABELO HT. Influência das atividades recreativas nos níveis de depressão de idosos institucionalizados. **R. bras. Ci. e Mov**., v. 19, n. 4, p. 23-30, 2011.

MAGALHÃES, Juliana Macêdo et al. Depressão em idosos na estratégia saúde da família: Uma contribuição para a atenção primária. **REME- Rev. Min. Enfermagem**, v. 20, n. 947, p. 1-6, 2016.

NERY, Bruno Leonardo Soares et al. Vulnerabilidades, depressão e religiosidade em idosos internados em uma unidade de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, e2017-0184, p.1-10, 2018.

NÓBREGA, Isabelle Rayanne Alves Pimentel da. et al. Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 536-550, 2015.

NÓBREGA, Isabelle Pimentel; LEAL, Marcia Carréra Campos; MARQUES, Ana Paula de Oliveira. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Recife, Pernambuco. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.,** Porto Alegre**,** v. 21, n. 2, p.135-154, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Com depressão no topo da lista de causas de problemas de saúde, OMS lança a campanha "Vamos conversar". **OPAS/OMS**, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Depressão. **OPAS/ OMS**. 2020.

POSSATO, Jessica de Medeiros; RABELO, Dóris Firmino. Condições de saúde psicológica, capacidade funcional e suporte social de idosos. **Revista Kairós - Gerontologia**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 45-58, 2017.

REIS, Luciana Araujo et al. Comprometimento da capacidade funcional: significado para idoso e sua família. **InterScientia**, v. 2, n. 1, p. 108-121, 2014.

RIBEIRO, Valéria dos Santos; et al. Qualidade de vida e depressão em domicílios no contexto doméstico. **Enfermeira Atual de Costa Rica**, San José, n. 34, p. 53-66, 2018.

RODRIGUES, Ingrid Vitória de Oliveira; BOÁGUA, Jéssica Samara da Silva; GOMES, Elihab Pereira. Aspectos depressivos em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review- BJHR**, v. 4, n.2, 2021.

RUFINO, Sueli et al. Aspectos gerais, sintomas e diagnósticos da depressão. **Revista Saúde em foco,** v. 10, p. 837-843, 2018.

SAINTRAIN, Maria Vieira de Lima et al. Idosos com depressão: uma análise dos fatores de institucionalização e apoio familiar. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 4, 2018.

SALES, Jaqueline Carvalho e Silva et al. Feminização da velhice e sua interface com a depressão: Revisão integrativa. **Rev Enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 5, p. 1840-6, 2016.

SANTOS, Camila Barbosa dos. **Sintomas Depressivos em indivíduos que frequentam Grupoterapia contra o tabagismo**. 2017. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) - Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, 2017.

SANTOS, Jovelina Fernandes dos. et al. Impactos de fatores associados à sintomatologia depressiva na saúde de idosos após mudanças habitacionais. **Revista brasileira em promoção da saúde.** v. 33, n. 10961, p. 1-9, 2020.

SEMEDO, Deisa Cabral et al. Fatores associados a depressão e os cuidados de enfermagem no idoso. **Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 12, p. 101-113, 2016.

SERRA, Marcela Araujo et al. Prevalência de sintomas depressivos no idoso hospitalizado: estudo comparativo. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 27, e36091, 2019.

SILVA, Amanda Karla Alves Gomes e. et al. Sintomas Depressivos em Grupos de Terceira Idade. **Rev. Fund Care Online**, v. 11, n. esp, p. 297-303, 2019.

SILVA, Georgina Élida Matias da.; Depressão: conhecimento de idosos atendidos em unidades de saúde da família no município de Limoeiro - PE. **Revista Mineira Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 82-87, 2014.

SILVA, Patrícia Oliveira et al. Prevalência de sintomas depressivos e seus fatores associados em idosos atendidos por um centro de referência. **Rev. Bras. Geriatra. Gerontol**. v. 22, n. 5, 2019.

STELLA, Florindo et al. Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. **Motriz,** Rio Claro, v. 8, n. 3, p. 91-88, 2002.

SOUSA, Karolliny Abrantes de. et al. Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela estratégia de saúde da família. **REME- Rev. Min. Enfermagem**, v. 21, n. 1018, p. 1-7, 2017.

TEIXEIRA, Larissa de Farias et al. Dificuldade de comunicação com familiares de idosos institucionalizados: Relato de experiência. **Anais do Congresso de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG**, v.1, n.1, 2020.

UCHOA, Verediana Sousa et al. Fatores associados a sintomas depressivos e capacidades funcional em idosos. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 24., 2019.

VAZ, Camila Teixeira et al. Fatores associados à autopercepção de saúde entre idosos de grupos comunitários. **Revista brasileira em promoção da saúde,** v. 33, n. 10328, p. 1-11, 2020.

CAPÍTULO 6

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E SOCIAIS DA RETINOPATIA DIABÉTICA

Data de aceite: 01/10/2021
Data de submissão: 13/08/2021

Ana Paula Ribeiro Ladeira
Fundação Educacional do Município de Assis
Assis – São Paulo
ORCID https://orcid.org/0000-0002-8232-3879

Daniel Augusto da Silva
Fundação Educacional do Município de Assis
Assis – São Paulo
ORCID https://orcid.org/0000-0002-2716-6700

RESUMO: Objetivo: Descrever os aspectos epidemiológicos e sociais da retinopatia diabética. **Método:** Trata-se de estudo observacional, documental, retrospectivo, de abordagem quantitativa, por meio de análise de prontuários de atendimentos em unidade de saúde especializada em atendimento oftalmológico em uma cidade do centro-oeste do estado de São Paulo. Considerando os 984 atendimentos realizados no período de julho de 2019 a julho de 2020, 22 foram em decorrência da retinopatia diabética, quantitativo que compôs a amostra. O instrumento para coleta dos dados foi elaborado pelos autores e os dados foram analisados com análise estatística descritiva. **Resultados:** Os participantes foram 50,0% do sexo feminino e 50,0% do sexo masculino, quatro jovens adultos (20 a 39 anos), 13 na meia idade (40 a 64 anos) e cinco idosos (65 anos e mais). O tempo de diagnóstico de diabetes variou entre cinco e 47 anos. Quanto as comorbidades, 16 pacientes afirmaram ter hipertensão arterial e cinco não apresentavam comorbidades. Os sinais e sintomas mais frequentes foram: 7 (29,2%) compareceram para consulta para segunda opinião, 5 (20,8%) para consulta de rotina, 10 (41,7%) queixavam-se de visão turva, baixa acuidade visual, moscas volantes ou dor e 2 (8,3%) consulta para avaliação de cirurgia de catarata. Argônios laser e vitrectomia foram os tratamentos mais frequentes. **Considerações finais**: Sobre o grau de comprometimento visual, mensurado através da avaliação da Acuidade Visual e da Pressão Intraocular e o desfecho no contexto antes e após o tratamento, observa-se em oito participantes a melhora na acuidade visual em olho direito, e quatro com melhora em olho esquerdo. Em relação a piora, característica da fisiopatologia e intervenção tardia, observa-se oito participantes com piora em olho direito e seis em olho esquerdo.

PALAVRAS-CHAVE: Complicações do diabetes; Retinopatia Diabética; Serviços de Saúde Ocular.

EPIDEMIOLOGICAL AND SOCIAL ASPECTS OF DIABETIC RETINOPATHY

ABSTRACT: Objective: To describe the epidemiological and social aspects of diabetic retinopathy. **Method:** This is an observational, documentary, retrospective study, with a quantitative approach, through the analysis of medical records in a health unit specialized in ophthalmological care in a city in the central-west of the state of São Paulo. Considering the 984 consultations carried out from July 2019 to July 2020, 22 were due to diabetic retinopathy, the amount that comprised the sample. The

instrument for data collection was developed by the authors and the data were analyzed with descriptive statistical analysis. **Results:** Participants were 50.0% female and 50.0% male, four young adults (20 to 39 years old), 13 middle-aged (40 to 64 years old) and five elderly (65 years old and over). The time since diabetes diagnosis ranged between five and 47 years. As for comorbidities, 16 patients reported having arterial hypertension and five did not have comorbidities. The most frequent signs and symptoms were: 7 (29.2%) attended for a second opinion consultation, 5 (20.8%) for a routine consultation, 10 (41.7%) complained of blurred vision, low acuity visual, floaters or pain and 2 (8.3%) consultations for cataract surgery evaluation. Argon laser and vitrectomy were the most frequent treatments. **Final considerations:** About the degree of visual impairment, measured through the assessment of Visual Acuity and Intraocular Pressure and the outcome in the context before and after treatment, it is observed in eight participants the improvement in visual acuity in the right eye, and four with improvement in left eye. Regarding worsening, characteristic of pathophysiology and late intervention, eight participants were observed with worsening in the right eye and six in the left eye.
KEYWORDS: Complications of diabetes; Diabetic retinopathy; Eye Health Services.

1 I INTRODUÇÃO

A visão é o mais importante dos nossos sentidos. Embora todas as partes estruturais do olho sejam importantes para a percepção de uma boa imagem, a mais importante é a retina, uma parte do tecido cerebral (do diencéfalo) que recebe estímulos diretos das imagens do mundo exterior (CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA, 2017).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, aproximadamente 150 milhões de pessoas são atualmente afetadas pelo diabetes melito. Um grande aumento pode ocorrer em países desenvolvidos, especialmente devido fatores como crescimento populacional, envelhecimento, dietas inadequadas, obesidade e sedentarismo (CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA, 2017).

Os diabéticos apresentam um risco de perder a visão 25 vezes maior do que as que não portam a doença. A retinopatia diabética atinge mais de 75% das pessoas com diabetes há mais de 20 anos (CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA, 2015).

O assunto acerca da retinopatia diabética é debatido há muito tempo e é considerada um mal para a saúde do indivíduo. Os estudos e pesquisas sobre essa temática vêm tornando-se de extrema importância, não só no objetivo de compreender, mas para adesão de ações que visem à diminuição deste mal (CASTELA, 2015).

A retinopatia diabética é uma das complicações mais comuns e está presente tanto nos portadores de diabetes tipo 1 quanto no tipo 2, especialmente em pacientes com longo tempo de doença e mau controle glicêmico. Quando a perda visual é trágica, é considerado um fator importante de morbidade de elevado impacto econômico, uma vez que é a causa mais frequente de cegueira adquirida (BOSCO; et al., 2004).

É atualmente a principal causa de cegueira em pessoas com 20 a 70 anos de idade.

Essa doença é caracterizada pelo comprometimento microvascular da retina. A mesma que é responsável por transmitir ao cérebro os impulsos luminosos que processam as imagens. (FERREIRA; ALMEIDA, 2020).

A retinopatia diabética é classificada em duas formas: não proliferativa, que acontece em cerca de 90% dos casos e a fase proliferativa que ocorre cerca de 10% dos casos. A primeira fase causa baixa visão discreta e moderada, como consequência de o edema macular, já na segunda fase causa baixa visão acentuada, devido a hemorragia vítrea e o descolamento da retina (NEHEMY, 1998).

A fase não proliferativa é dividida entre discreta, moderada e avançada. Vai ocorrer essas alterações devido a ruptura da barreira hemato retiniana, com aumento da espessura da retina, consequentemente causando edema e depósitos de líquidos (exsudatos duros) (NOGUEIRA; et al, 2007).

As fases discreta e moderada caracterizam-se pela presença de micro aneurismas, hemorragias intra-retinianas, exsudatos duros, manchas algodonosas e edema macular (NEHEMY, 1998).

Na fase avançada há presença de manchas algodonosas, hemorragias intra retinianas, veias em rosário e alterações microvasculares, assim para diagnosticas como fase avançada é necessário ter a presença de dois ou mais desses achados (NEHEMY,1998).

Já a fase proliferativa é caracterizada por neovascularização da retina, disco ótico e íris. Essa neovascularização resulta em hemorragia vítrea e descolamento da retina (CORRÊA; EAGLE, 2005).

A pessoa deve consultar um oftalmologista o mais rapidamente possível, caso ocorra algum sintoma. O oftalmologista realizará um exame completo da retina e de outras partes do olho utilizando os instrumentos chamados oftalmoscópio e lâmpada de fenda. Outros exames, como a retinografia e angiofluoresceinografia, podem ser utilizados para localizar pequenas rupturas nos vasos sanguíneos e danos à retina que não foram detectados através do exame visual. Se a visibilidade no interior do olho estiver dificultada pela catarata, o oftalmologista poderá realizar uma ultrassonografia (BRASIL, 2006).

Devemos lembrar também que a retinopatia diabética ocorre tanto no diabetes tipo 1 quanto no tipo 2. A oftalmologia moderna mostra o caminho e a tecnologia para prover os recursos necessários para isso. Não desista dessa sensação de conforto e segurança (CASTELA, 2015).

O objetivo deste estudo é analisar e comparar os aspectos epidemiológicos e sociais da retinopatia diabética que abrange um hospital especializado em oftalmologia.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de estudo observacional, transversal, documental, retrospectivo, de abordagem quantitativa, para analisar e comparar os aspectos epidemiológicos e sociais da

retinopatia diabética.

Este estudo foi realizado no Hospital de Olhos Oeste Paulista, situado na cidade de Assis/SP. Trata-se de uma unidade de atendimento especializado em oftalmologia.

Os atendimentos feitos são compostos desde a recepção até a triagem do paciente com realização de exames de auto refrator, airpuff e exames de pré consulta (Acuidade visual, tonopen, SPH, teste de olho dominante, retirada e colocação de lente terapêutica) antes da consulta do médico, onde será submetido a mais exame específicos e definido o local onde será feito o tratamento.

Conforme o delineamento deste estudo, com caráter documental, a fonte dos dados foi a análise dos prontuários de atendimentos oftalmológicos realizados em 12 meses, no período de julho de 2019 a julho de 2020.

Informações obtidas por meio da direção da unidade afirmam que foram realizados 984 atendimentos durante esse período, e dentre eles, 22 foram em decorrência da retinopatia diabética, quantitativo que será considerado a amostra.

Em primeiro momento foi solicitado autorização para realização deste estudo à direção do Hospital de Olhos Oeste Paulista situado na cidade de Assis/SP.

Após a autorização da mesma, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Educacional do Município de Assis – CAAE 40613720.7.0000.8547 e aprovado com Parecer n.º 4.548.337, de 19 de fevereiro de 2021.

Considerando que esta pesquisa possui caráter retrospectivo e documental, com análise de prontuários, e com amostra de 20 prontuários de atendimento oftalmológico na referida unidade, houve solicitação de dispensa do TCLE.

A coleta dos dados ocorreu no mês de março de 2021. em dias e horários previamente acordados com a direção da unidade, de forma que possibilitou local adequado e privativo para acesso aos prontuários e coleta das informações.

Foi utilizado um instrumento, elaborado pelos autores (Apêndice II), composto por informações que subsidiam o alcance dos objetivos propostos neste estudo.

O instrumento para coleta dos dados, elaborado pelos autores, é composto por variáveis que auxiliaram atingir os objetivos desta pesquisa, que é analisar o perfil epidemiológico dos pacientes em atendimentos realizados.

Desta forma, as variáveis compreenderam informações sobre sexo, idade, tempo com diagnóstico e tratamento para diabetes, comorbidades, sinais e sintomas, acuidade visual, pressão ocular, angiografia, retinografia, data do diagnóstico, evolução do quadro (desfecho).

3 | RESULTADOS

Nessa pesquisa foram consultados 22 prontuários de pacientes com retinopatia diabética atendidos na instituição de saúde elegida para realização desse estudo.

Quanto a caracterização sociodemográfica, os participantes foram 50,0% do sexo

feminino e 50,0% do sexo masculino (Figura 1).

Figura 1. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto ao sexo (n=22).

Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2021.

Quanto a faixa etária, os participantes foram de quatro jovens adultos (entre 20 aos 39 anos), 13 na meia idade (entre 40 aos 64 anos) e cinco idosos (65 anos e mais) (Figura 2).

Figura 2. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto a faixa etária (n=22).

Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2021.

Sobre o tempo de tratamento e/ou diagnóstico de diabetes, um participante afirmou cinco anos de diagnóstico, dois participantes afirmaram 20 anos de diagnóstico, um participante afirmou 16 anos de diagnóstico, um participante afirmou 22 anos de diagnóstico e um afirmou quarenta e sete anos de diagnóstico. Para os demais 16 participantes não havia

essa informação no prontuário.

Quanto as comorbidades, 16 pacientes afirmaram ter hipertensão arterial, dois afirmaram hipotireoidismo, um afirmou hipercolesterolemia, um afirmou arritmia e cinco não havia essa informação no prontuário. Nessa tabela há um número maior de participantes porque um paciente apresenta mais de uma comorbidade.

Vale destacar que, por se tratar de retinopatia diabética, todos os pacientes tinham o diagnóstico de diabetes.

Em relação a acuidade visual, foi realizado uma tabela com as informações pré cirurgia e pós cirurgia (Tabela 1).

Olho Direito		**Olho Esquerdo**	
Pré	**Pós**	**Pré**	**Pós**
AVSC: CD Á 3 metros	AVSC: 20/160	AVSC: 20/80	AVSC: 20/80
AVCC: 20/30-1	Sem informação	AVSC: 20/100-1	Sem informação
AVSC: CD Á 3 MT	AVCC: 20/200-1	AVSC: MM	AVCC:MM
AVSC: 20/30	AVSC: 20/30-1	AVSC: SPL	AVSC: SPL
AVSC: SPL	Sem informação	AVSC: MM	Sem informação
AVCC: 20/50-2 DIL	AVCC: 20/60+2 DIL	AVCC: 20/60+2 DIL	AVCC: 20/30
AVCC: 20/40-2	AVCC: 20/40 DIL	AVCC: 20/60-1	AVCC: 20/25-1 DIL
AVCC: 20/30	AVCC: CD Á 1 MT	AVCC: 20/30-2	AVCC: 20/50
AVCC: 20/100-1	AVSC: 20/50-1	AVCC: 20/25	AVSC: 20/25-1
AVSC: 20/25	AVSC: 20/30-2	AVSC: 20/50	AVSC: 20/30-1
AVCC: 20/60	AVCC: 20/50	AVCC: MM	AVCC: MM
AVSC: CD Á 1 MT DIL	AVCC: CD Á 0,5 MT	AVSC: CD Á 1MT DIL	AVCC: CD Á 1MT
AVCC: 20/30-2	AVCC: 20/40	AVCC: 20/30	AVCC: 20/30
AVSC:MM	Sem informação	AVCC: SPL	Sem informação
AVSC: PL	Sem informação	AVSC: MM	Sem informação
AVCC: 20/50	Sem informação	AVCC: 20/100-1	Sem informação
AVSC: 20/60	AVCC: CD Á 1 MT	AVSC: 20/60	AVCC: 20/40+2 DIL
AVCC: 20/20	AVCC: 20/100	AVCC: 20/20	AVCC: 20/100
AVCC: 20/100+2 DIL	AVSC: 20/25	AVCC: 20/80 DIL	AVSC: 20/125
AVSC: CD Á 1 MT	AVCC: 20/400	AVSC: 20/30	AVCC: 20/100
AVSC: 20/40	AVSC: 20/160	AVSC: 20/80	AVSC: 20/125
AVCC: 20/600	AVCC: 20/50	AVCC: 20/50	AVCC: 20/60

Tabela 1. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto a acuidade visual pré e pós operatório (n=22).

Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2021.

**AVSC – Acuidade Visual Sem Correção; **AVCC – Acuidade Visual Com Correção; **CD- Conta Dedos; **PL- Percepção Luminosa; **SPL- Sem Percepção Luminosa; **MM- Movimentos de Mãos; **MT- Metros; ** DIL- Dilatado.

Sobre o grau de comprometimento visual este pode ser mensurado através da

avaliação da Acuidade Visual e da Pressão Intra ocular. A este respeito, observa-se, na Tabela 1, a maioria dos participantes apresentaram comprometimento. Contudo ao investigar o desfecho, no contexto antes e após o tratamento, observa-se em oito participantes a melhora na acuidade visual em Olho Direito, e quatro com melhora em Olho Esquerdo. Em relação a piora, observa-se oito participantes com piora em Olho Direito e seis em Olho Esquerdo. Manteve-se a Acuidade de um participante em OD e de seis participantes em OE.

Cinco prontuários não tinham informação sobre a Acuidade Visual antes ou após do procedimento cirúrgico, dessa forma foram excluídos dessa análise e restaram 17. Em um dos participantes teve como avaliação somente o Olho Direito, por ser olho único. A Figura 3 apresenta o resumo sobre a acuidade visual.

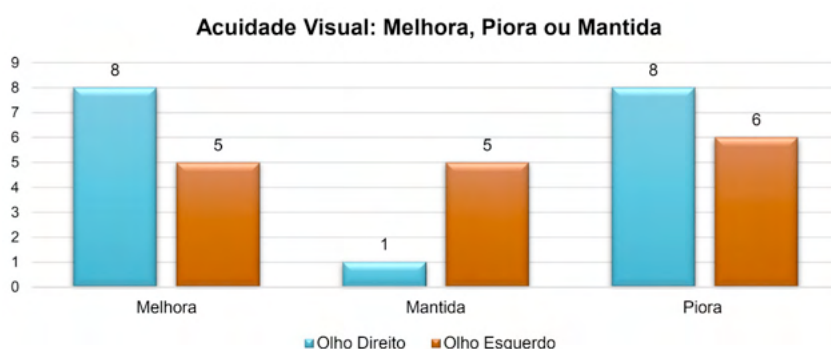



Figura 3. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto acuidade visual: melhora, mantida ou piora (n=22).

Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2021.

Em relação a Pio (Pressão IntraOcular) foi realizado uma tabela com as seguintes informações pré cirurgia e pós cirurgia (Tabela 2).

Olho Direito		**Olho Esquerdo**	
PRÉ	**PÓS**	**PRÉ**	**PÓS**
18	16	19	14
17	S/ informação	16	S/ informação
17	14	16	14
18	16	Sem informação	8
	S/ informação	14	S/ informação
18	12	18	12
15	12	16	15
12	14	12	17
05	16	5	15

15	12	16	12
13	12	11	S/ informação
16	14	27	19
17	16	15	16
13	S/ informação	10	S/ informação
35	S/ informação	35	S/ informação
9	S/ informação	10	S/ informação
18	17	19	23
12	12	13	13
17	16	16	14
13	15	15	14
6	18	7	19
13	13	12	11

Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2021.

Contudo ao investigar o desfecho, no contexto antes e após o tratamento, sobre a Pressão Intra Ocular foi baseado em valores, para análise. Os valores normais situam-se entre 10-21 mmHg (BRASIL, 2014).

Observa-se que em 2 participantes em relação ao Olho Direito teve melhora e em Olho Esquerdo 3 participantes. Mantiveram a pressão intraocular 15 participantes em OD e 10 em OE. Pioraram a visão somente 1 participante em OE. Em 5 prontuários não tinham informação sobre a pressão intraocular antes ou após do procedimento cirúrgico dessa forma foram excluídos dessa análise, e 2 prontuários sem informações em relação ao Olho Esquerdo, sendo assim restaram 17. A Figura 4 apresenta o resumo sobre a pressão intraocular.

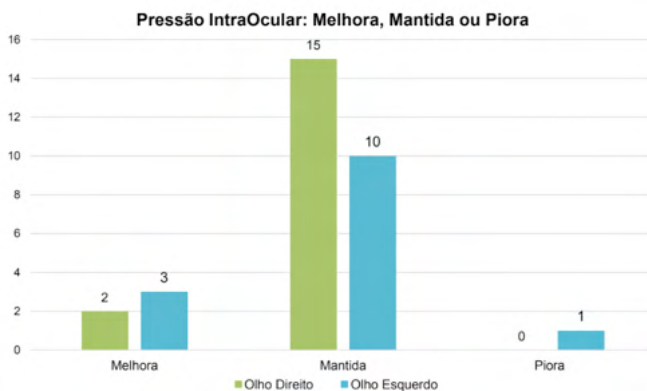



Figura 4. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto a PIO: melhora, mantida ou piora (n=22).

Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2021.

Quanto aos tratamentos de cada participantes, foram: 6 vitrectomia, 1 aplicação de triancinolona, 1 aplicação de ozurdex, 1 aplicação de eylia, 14 argônios laser, 1 aplicação de lucentis e 5 aplicações de avastin.

Na Figura 5 há um número maior de participantes porque alguns pacientes apresentam mais de um tratamento.

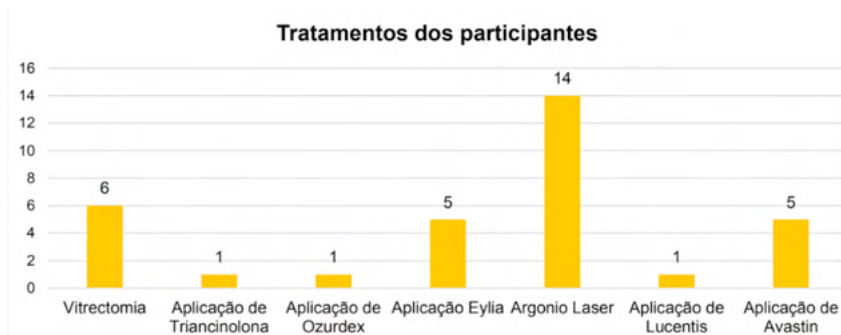



Figura 5. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto aos tratamentos realizados(n=22).

Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2021.

4 | DISCUSSÃO

Essa pesquisa teve por objetivo analisar e comparar os aspectos epidemiológicos e sociais da retinopatia diabética. Observou-se que, ao analisar o sexo dos participantes o resultado foi meio a meio, com 50,0% de mulheres e 50,0% de homens. Esse resultado não foi semelhante quando comparado com um estudo realizado em Ceará com 27 participantes com retinopatia, com a maioria de participantes mulheres; 20 (74,1%) e 7 (25,9%) homens. (TRAVASSOS et al.,2020), bem como em um estudo realizado no ambulatório de Retina e Vitreo do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual, foi composta por 357 pacientes e que resultou em 66,1% do sexo feminino e 33,9% masculino. (FERREIRA et al., 2010) e o estudo realizado no interior de São Paulo que resultou em predomínio do sexo feminino com (74,1%) (OTERO; ZANETTI; TEIXEIRA, 2007).

Os homens foram maioria em estudo, realizado em Santa Catarina com 120 participantes, foi encontrado retinopatia diabética em 43% dos homens e 33,8% em mulheres. (SAWITZKI et al., 2010), e em São José do Rio Preto com 51 participantes resultou em 58,8% homens e 41,2% mulheres (BRITO et al., 2019).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, duas a cada três pessoas cegas no mundo são mulheres. As doenças oculares que afetam desproporcionalmente mais mulheres do que homens são variadas. Alguns exemplos são a degeneração macular relacionada à idade, retinopatia diabética, olho seco, glaucoma (CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA, 2015).

As causas básicas para a maior suscetibilidade feminina a essas enfermidades, embora estudadas, são pouco conhecidas, fato que dificulta a implementação de programas para reduzir as disparidades de gênero no que diz respeito à saúde ocular. Sabe-se, contudo, que uma interação complexa entre hormônios sexuais, genética, fatores ambientais e o sistema imunológico está relacionada à incidência de afecções sistêmicas que podem trazer danos severos à visão, como a esclerose múltipla, doenças reumáticas, hipertensão e diabetes (CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA, 2015).

Os olhos sofrem também com a gravidez, pois podem ter o risco de desenvolver diabetes gestacional que podem acarretar em perdas graves da visão, isso pode regredir após o parto, porém existe a possibilidade de sequelas (CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA, 2015).

Observou-se ao analisar a idade dos pacientes que, houve uma prevalência em pacientes na meia idade com 40 aos 64 anos. Esse resultado não foi semelhante ao estudo realizado em Blumenau que foi inferior, predominando em média de idade de 59 anos com 41 participantes (PRZYSIEZNY et al., 2013).

O mais próximo ao resultado foi realizado no interior de São Paulo onde foi encontrado com predomínio na faixa etária de 45 a 64 anos (51,9%) com 54 participantes (OTERO; ZANETTI; TEIXEIRA, 2007).

A retinopatia diabética é maior causa de cegueira na população entre 16 e 64 anos. Quanto maior o tempo de evolução do diabetes mellitus, maior o risco da doença, sendo encontrada em mais de 90% dos pacientes com diabetes mellitus tipo 1 e em 60% daqueles com diabetes mellitus tipo 2, após 20 anos de doença sistêmica. A gravidade da retinopatia aumenta com controle glicêmico inadequado e de acordo com o tempo de doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Observou-se que ao analisar as comorbidades que a hipertensão arterial (16 participantes) se encontra no topo, em seguida obtivemos, hipotireoidismo (2), hipercolesterolemia (1) e arritmia (1). Segundo um estudo realizado em um Hospital Universitario Onofre em Natal percebeu -se que a hipertensão arterial não apareceu constituir fator agravante para a retinopatia diabética (GARCIA et al., 2003).

Porém outros estudos afirmam que a hipertensão arterial sistêmica é duas vezes mais frequentes na população com diabetes mellitus, e parece desempenhar um papel importante na patogênese da doença. Pois a diabetes mellitus existe hiperperfusão do leito capilar em vários tecidos e com o aumento da hipertensão arterial sistêmica aumenta a pressão intraluminar piorando o extravasamento da rede vascular favorecendo a infiltração de proteínas plasmáticas através do endotélio e sua deposição na membrana basal do capilar, contribuindo para o dano vascular aumentando o risco da RD (BOELTER et al., 2003).

Nesse mesmo estudo mostra-se o papel da hipercolesterolemia que se observou uma presença maior de exsudatos associados ao uso de insulina. O colesterol sérico foi um fator de risco independente para a retinopatia diabética proliferativa e para a perda visual grave

(BOELTER et al., 2003).

Em relação aos sinais e sintomas foi observado na pesquisa que alguns participantes abordaram a diminuição da visão de longe e de perto, relataram dor, sangramentos, embaçamentos, ter visualizado ramificações e alguns queriam a segunda opinião sobre a doença. Em literatura a retinopatia diabética pode acontecer sem manifestações clinicas de baixa visão, podem surgir pontos cegos. Quando a doença se encontra na fase mais avançada pode-se ter visão embaçada, pontos flutuantes (manchas escuras) ou flashes de luz e perda de visão repentina, grave e indolor (MEHTA, 2020).

Em relação a pressão intraocular mostraram-se mais elevados nos pacientes hipertensos com retinopatia e hipertensos diabéticos com retinopatia. Neste estudo não se pôde observar valores de pressão intraocular aumentados quando considerado somente o grupo de pacientes diabéticos, fato que se contrapõe ao estudo australiano The Blue Mountains Eye Study (MAIA et al.,2000).

Já, segundo o trabalho desenvolvido pelo Baltimore Eye Survey, há uma associação de diabetes mellitus com o aumento da pressão intraocular; contudo esta elevação pouco expressiva, não encontra associação com a evolução do glaucoma de ângulo aberto (MAIA et al., 2000).

Algumas pesquisas relataram uma associação entre DM e pressão aumentada no espaço intra ocular. Os altos níveis de glicemia podem levar a um gradiente osmótico e atrair fluido para o interior desse espaço culminado com a elevação pressórica (MENEZES; MORAES, 2020).

Segundo a literatura atentou-se à medição da pressão intraocular, pois é sabido que o uso de Triancinolona no tratamento de edemas resistentes ao laser, tem como complicação o aumento desta (FREITAS, 2009).

Observou-se que ao analisar os exames que foram realizados pelos participantes foram que prevaleceu o exame de angiografia (17), seguido pela tomografia de coerência optica- OCT (12), depois a retinografia (10) e sem seguida tendo empate a campimetria (4) e a ecografia (4). Esse resultado foi compatível com a literatura que mostra que a angiografia e o OCT estão entre os exames complementares recomendados, pois a angiografia demonstra particularmente os pontos hiperfluorescentes e que derramam o contraste sendo assim um indicador das fases iniciais da doença porque sofrem oclusão. Em seguida o OCT que identifica os exsudatos relacionado com o fluido peri- aneurismo e com espessura retiana e que são localizados profundamente (RIBEIRO; SOARES, 2016).

Em relação ao tratamento da doença segundo a pesquisa a fotocoagulação se predominou mais em 14 participantes, em seguida vitrectomia (6), aplicação de eylia (5), aplicação de avastin (5), aplicação de triancinolona (1), aplicação de ozurdex (1) e aplicação de lucentis (1). Em uma revisão de literatura mostrou -se que a VVPP permite a remoção de opacidades do meio, como a hemorragia vítrea além de proporcionar a liberação de eventuais trações vitreorretinianas, embora a acuidade visual final após a vitrectomia pode variar muito,

a maioria dos pacientes se beneficiam do procedimento (SABROSA et al., 2013).

O laser fotocoagulação é sempre empregada até mesmo em olhos previamente tratados com panfotocoagulação, com o objetivo de diminuir o estímulo neovascular e minimizar hemorragias recorrentes ou retardar novos sangramentos (SABROSA et al., 2013).

O procedimento consiste na coagulação da retina com um raio laser de comprimento de onda específico o calor gerado pelo laser é transmitido para as células vizinhas causando a coagulação dos tecidos adjacentes (BOSCO, 2004).

Segundo a literatura o tratamento com agentes antiangiogenicos revolucionou o tratamento dessas complicações. Vários fármacos mostraram benefícios, entre eles: Ranibizumabe (Lucentis), Bevacizumabe (Avastin) e Aflibercept (Eylia,) (YANOFF; BAKRI; DUKER, 2017).

Essas medicações melhoram a acuidade visual e promovem a normalização da arquitetura macular. Os maiores problemas são os custos e a frequência de administração. Além disso o risco de endoftalmite com a terapia de anti – VEGF parece ser maior em diabéticos. Um estudo recente sugere que a monoterapia com ranibizumabe é mais eficaz do que o laser focal isolado (YANOFF; BAKRI; DUKER, 2017).

Segundo essa mesma literatura os corticosteroides a triancinolona observam-se bons resultados visuais e melhora das alterações morfológicas. Os estudos do DRCR network sugerem que, após dois anos de tratamento, a monoterapia com triancinolona não é superior ao tratamento de fotocoagulação com laser (YANOFF; BAKRI; DUKER, 2017).

O implante intravítreo de dexametasona (Ozurdex) para tratamento do edema macular causado por oclusões venosas e uveítes, mostrou que no dia 90, mais olhos no grupo com o implante apresentaram duas ou mais linhas de melhora na melhor acuidade visual corrigida (YANOFF; BAKRI; DUKER, 2017).

Em um estudo realizado no Rio de Janeiro com 22 participantes mostrou maior comprometimento na acuidade visual, aos que foram diagnosticados com retinopatia diabética. Conforme uma análise realizada em Portugal, a Retinopatia Diabética, se não tratada, leva a perda visual irreversível em 50% dos pacientes em 5 anos após o diagnóstico, por isso é importante que se instituam programas de rastreio para um tratamento e detecção precoce (MENEZES; MORAES, 2020).

Deve se utilizar os tratamentos até o controle da doença, no qual é estabelecido pela acuidade visual, pelo estadiamento da classificação da retinopatia diabética e pela análise de outros exames complementares (FERREIRA; NUNES, 2019).

A terapia com antiangiogênicos é usada para reduzir ou prevenir a proliferação de vasos sanguíneos anormais que cobrem a retina, evitando assim a passagem de estímulos visuais. Em pacientes com visão reduzida, eles podem ser usados para reduzir o processo inflamatório causado pela retinopatia diabética (FERREIRA; NUNES, 2019).

Vale ressaltar que o oftalmologista realiza exames adequados em 50% dos pacientes. Como a perda de visão é um sintoma tardio, muitas pessoas não conseguem um diagnóstico

no final. A avaliação oftalmológica inicial de todos os pacientes é demorada e, mesmo que não haja sintomas, a fotocoagulação retiniana a laser é necessária. Este tratamento não melhora a visão que o paciente já perdeu, mas pode prevenir a perda de visão (FERREIRA; NUNES, 2019).

A detecção precoce das alterações retinianas, maculares e o acesso rápido ao tratamento reduzem o risco da perda visual e cegueira. O rastreamento das complicações deve ser realizado com o objetivo de identificar o mais precocemente a retinopatia diabética e instituir medidas para postergar o seu desenvolvimento e, consequentemente, a perda da visão. Assim o encaminhamento para o exame do indivíduo com diabetes é importante (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

Ressalta-se que o rastreamento sistemático dessa complicação pode prevenir o desenvolvimento de cegueira diabética irreversível, por isso, nas redes de saúde pública e privada, deve haver oportunidades de disponibilizar endocrinologistas, oftalmologistas para procedimentos mais complicados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Recomenda-se que os pacientes com diabetes tipo 2 sejam submetidos a uma avaliação oftalmológica imediatamente após o diagnóstico, mas no diagnóstico de diabetes tipo 1, a avaliação pode começar após 3 a 5 anos ou no início da adolescência. Além disso, o caderno de atenção básica também chama a atenção para a periodicidade do rastreamento. Recomenda-se a realização do rastreamento uma vez ao ano. Quando o paciente já tem retinopatia diabética, deve ser rastreado com maior frequência (BRASIL, 2013).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa foram analisados 22 prontuários de pessoas com retinopatia diabética.

Sobre as características sociodemográficas identificamos que houve similaridade em ambos os sexos (50% homens e 50% mulheres), a maioria estavam na meia idade 13 participantes (59,1%), (entre 40 aos 64 anos), a maioria apresentava hipotireoidismo 16 participantes (64%), foi realizado pelos participantes em maior quantidade o exame de angiografia 17 (36,2%), ao tratamento realizou -se 14 (42,4%) argônio laser em maior quantidade.

Os sinais e sintomas mais frequentes foram: 7 (29,2%) compareceram para consulta para segunda opinião, 5 (20,8%) para consulta de rotina, 10 (41,7%) queixavam-se de visão turva, baixa acuidade visual, moscas volantes ou dor e 2 (8,3%) consulta para avaliação de cirurgia de catarata.

Para o grau de comprometimento da visão, os dados apresentados se referem a acuidade visual e a Pressão Intra Ocular, e a avaliação do antes e depois do tratamento em relação ao Olho Direito houve uma melhora de 8 (47,1%) na acuidade visual, manteve 1 (5,9%) e piorou 8 (47,1%). Ao Olho Esquerdo houve melhora em 8 (50%), manteve 5 (31,3%) e piorou 6 (37,5%). Na Pressão Intra Ocular ao Olho Direito obteve-se uma melhora de 2

(11,8%) pressão intra ocular, manteve 15 (88,2%) e não houve piora. Ao Olho Esquerdo houve melhora em 3(21,4%), manteve 10 (71,4%) e 1 (7,1%) piora.

Este trabalho contribui para a enfermagem pois, o entendimento sobre a fisiopatologia auxilia na elaboração de atividades de promoção a saúde, prevenção de doenças e de diagnóstico precoce. A retinopatia é uma doença silenciosa que quando diagnosticada já se encontra em fase tardia. Assim, para pacientes com diabetes, já se considera um risco de desenvolver a mesma e pode-se intervir de forma precoce.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, Ricardo; FERREIRA, Bruno; PINTO, Hugo. Manifestações Oculares de Doenças Sistêmicas**:** Retinopatia Diabética**. Faculdade De Medicina Da Universidade Federal Do Ceará.** Ceará, p.39-42, 2013. Disponível em: http://www.ligadeoftalmo.ufc.br/arquivos/ed_-_retinopatia_diabetica.pdf. Acesso em: 27.mai.2021.

ÁVILA, Marcos et al. Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Retina e Vitreo.4° edi. p.1-472, 2016. Disponível em: https://issuu.com/computadorseguro/docs/retina. Acesso em: 27 mai.2021.

BRASIL. Caderno de Atenção Básica Diabetes Mellitus. n. 36, Brasília. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf. Acesso em: 27.mai.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clinico e Diretrizes Terapêuticas: Glaucoma. Acesso em: 25 mar.2021. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes_terapeuticas_v3.pdf.

BRASIL. Ministério Mundial da Saúde. Diretrizes Sociedade Brasileira do Diabetes. 2019-2020. Disponível em: https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf. Acesso em: 10.abr.2021.

BRITO, Evandro et al. Perfil clínico e sociodemográfico de pacientes com deficiência visual e diabetes mellitus. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. v. 9.n.9, e3475, 2019. Disponível em: http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3475/2272. Acesso em: 27.mai.2021.

BOELTER, Maria et al. Fatores de risco para retinopatia diabética. **Arquivo brasileiro de oftalmologia**. v.66. n.2, e239-47, 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/j/abo/a/zy3tXxWQwhZTRWxw7wZLZsk/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 27.mai.2021.

BOSCO, Adriana et al. Retinopatia Diabética. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólico.** v**.** 49, n. 2, e217-227, abr. 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/abem/v49n2/a07v49n2.pdf. Acesso em: 27. mai.2021.

BOSCO, Adriana et al. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Diabete Mellitus: prevenção e tratamento da Retinopatia. **Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina**. 2004. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/10-Diabetesp.pdf. Acesso em: 27. mai.2021.

CASTELA, Andreia. **Descolamento de Retina:** fatores desencadeantes, diagnostico, tratamentos e cuidados de enfermagem. Orientador: Prof. Mestre David Lucio de Arruda Valverde. 2015. 29 f. TCC (Graduação) – Disponível em: https://cepein.femanet.com.br/BDigital/arqTccs/1111370117.pdf. Acesso em: 27 mai.2021.

CORRÊA, Zélia; EAGLE, Ralph. Aspectos patológicos da retinopatia diabética. **Arquivo Brasileiro de Oftalmologia**.v.68, n.3, e410-4, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/abo/v68n3/24752.pdf. Acesso em: 27 mai.2021.

DROGAS, Dina; BARÃO, Sonia. Retinopatia Diabética: exames Complementares de Diagnostico. **Enciclopédia de Oftalmologia Antônio Ramalho** .2008. Disponível em: http://www.antonioramalho.com/direscrita/ficheiros/Retinopatia%20Diab%C3%A9tica%20-%20Parte%20I.pdf. Acesso em: 27.mai.2021.

FERREIRA, Alana Gomes Dias et al. Perfil epidemiológico e nível de conhecimento de pacientes diabéticos sobre diabetes e retinopatia diabética. **Arquivo Brasileiro de Oftalmologia.**v.73. n.5, e414-8, set/out.2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/abo/a/V4Vp7Dj39yxnM5ZxdfHXcRb/?lang=pt. Acesso em: 11.jun.2021.

FERREIRA, Isabela; ALMEIDA; Rodrigo. **Oftalmologia e Plástica Ocular**. Retinopatia Diabética: conheça as causas e sintomas. Belo Horizonte,2020. Disponível em: https://www.duooftalmologia.com.br/tag/retinopatia-diabetica. Acesso em: 27.mai.2021.

FREITAS. Luísa. Retinopatia diabética. Orientador: Prof. Doutor Eugénio Leite. Mestrado. **Departamento de Física e Faculdade de Ciências da Saúde, UBI- Covilha**. Out ,2009. Disponível em: https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/3610/1/Capa%20MestradoI.pdf. Acesso em: 27.mai.2021.

GARCIA, Carlos et al. Incidência e fatores de risco da retinopatia diabética em pacientes do hospital universitário Onofre Lopes, Natal -RN. **Arquivo brasileiro de oftalmologia**.v.66. n.3, e355-8, mai. 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/j/abo/a/5NYDpDcprDhC4swYHXMwwtp/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 27.mai.2021.

GOLBERT, Airton et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2020. Editora:Clannad. Disponível em: diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf. Acesso em: 27.mai.2021.

MAIA, Mauricio et al. Estudo do comportamento da pressão intraocular em pacientes diabéticos, hipertensos e normais (Projeto Glaucoma). **Arquivo brasileiro de oftalmologia**. v. 63.n.3, p.219-222, jun. 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/j/abo/a/gzQ7VTWtXWsWMvC8d7SXLRd/?lang=pt. Acesso em: 27.mai.2021.

MENEZES, Laíssa; MORAIS, Nilson. Achados de fundoscopia de pacientes diabéticos e/ou hipertensos. **Revista Brasileira de Oftalmologia.** v.79. n.1, e28-32, Patos-PB, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbof/a/jQ5cNVDyGGWNnRMsn5xQmGs/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 27.mai.2021.

MILECH, Adolpho et al. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Retinopatia Diabética**,2015. Disponível em: www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-tipo-1/012-Diretrizes-SBD-Retinopatia-Diabetica-pg149.pdf. Editora:GEN. Acesso em: 27.mai.2021.

NEHEMY, Marcos. Retinopatia Diabética. **Arquivo brasileiro de oftalmologia**. v.61. n.3, p.366-370, jun. 1998. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/abo/v61n3/0004-2749-abo-61-03-0366.pdf. Acesso em: 27.mai.2021.

NOGUEIRA, Vanda et al. Retinopatia Diabética*:* O papel da Medicina Geral e Familiar**. Revista: Portuguesa de Clinica Geral**. v. 23, e595-603, 2007. Disponível em: https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10408/10144. Acesso em: 27.mai.2021.

OFTALMOLOGIA, Conselho Brasileiro de. Retinopatia Diabética. **Sociedade Brasileira de Diabetes.** ed. GEN. 2015. Disponível em: https://www.diabetes.org.br/publico/images/2015/area-restrita/diretrizes-sbd-2015.pdf. Acesso em: 11.jun.2021.

OTERO, Myar et al. Características sociodemográficas e clinicas de portadores de diabetes em um serviço de atenção básica à saúde. Revista **Latino-Americana de Enfermagem Ribeirão Preto**. v.15, set/out. 2007. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/2814/281421882009.pdf. Acesso em: 27.mai.2021.

RAMALHO, Antônio. **Enciclopédia de Oftalmologia Antônio Ramalho.** 1°ed. Editora: Théa Portugal SA. 2013. Disponível em: https://thea.pt/sites/default/files/documentos/retina_volume_ii_2013_small.pdf Acesso em: 27.mai.2021.

RODRIGUES, Karla et al. Características sociodemográficas de pacientes com diabetes mellitus portadores de pé diabético e ou retinopatia diabética atendidos em 16 unidades de Estratégia de Saúde da Família de Blumenau. **Arquivo Catarinense de Medicina**. v. 42.n.1, e 76-84, jan. 2013. Disponível em: http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1216.pdf. Acesso em: 11.jun.2021.

SABROSA, Nelson et al. Tratamento cirúrgico da retinopatia diabética. **Revista Brasileira de oftalmologia**. v.72.n.3, e204-9 mai. 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbof/a/HdrmSfDjJHtWmpbwKhPsxzk/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 27.mai.2021.

SAWITZKI Barbara et al. Prevalência de retinopatia diabética na população portadora de diabetes mellitus tipo 2 do município de Luzerna- SC. **Arquivo Brasileiro de Oftalmologia**, v.73. n.3, e259-65, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/abo/a/XfkGFKFzf8mJxyRG6CzyHcD/?lang=pt. Acesso em: 27.mai.2021.

SOARES, Maria; RIBEIRO, Silvia. Caracterização das fases iniciais da retinopatia diabética. Diagnóstico precoce e biomarcadores da atividade da retinopatia diabética. Tese (Doutorado). Orientador: Professor Doutor Rufino Martins da Silva, Professora Doutora Maria da Conceição Lopes Lobo da Fonseca. **Universidade de Coimbra**. Fev,2016. Disponível em: https://eg.uc.pt/handle/10316/30552. Acesso em: 27.mai.2021.

TAMBASCIA, Marcos et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus. 2007. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/file/noticias/Diretrizes_SBD_2007%5B1%5D.pdf. Acesso em: 27.mai.2021.

TRAVASSOS Matheus et al. Avaliação da retinopatia diabética em indivíduos adultos com diabetes tipo 1 no estado do Ceará. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11. e75391110360, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Alexis-Matos/publication/346643262_Evaluation_of_diabetic_retinopathy_in_adults_with_type_1_diabetes_at_Ceara_state/links/5fcaeac1a6fdcc697be03619/Evaluation-of-diabetic-retinopathy-in-adults-with-type-1-diabetes-at-Ceara-state.pdf. Acesso em: 27.mai.2021.

YANOFF, Myron; DUKER, Jay. **Retina e Vítreo.** Editora da seção**:** Sophie J. Bakri MD. 2017.

CAPÍTULO 7

ASSOCIAÇÃO ENTRE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E O COMPORTAMENTO SUICIDA EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Data de aceite: 01/10/2021
Data de submissão: 21/08/2021

Daniel Augusto da Silva
Fundação Educacional do Município de Assis
Assis – São Paulo
ORCID https://orcid.org/0000-0002-2716-6700

RESUMO: Objetivo: Analisar a associação entre Transtornos Mentais Comuns e o Comportamento Suicida em estudantes universitários. **Método:** Trata-se de estudo transversal, de natureza quantitativa, realizado com 326 estudantes universitário em cidade do centro oeste do estado de São Paulo. A coleta de dados se deu no decorrer dos meses de novembro e dezembro de 2018, com aplicação de questionário semiestruturado, questionário acerca do comportamento suicida, ambos elaborados pelos autores e Self-Report Questionnaire. Os dados coletados compuseram um banco de dados e foram consolidados por meio das técnicas de estatísticas descritiva e inferencial. **Resultados:** Dos 326 participantes, 193 (59,2%) eram mulheres, a maioria com idade entre 18 e 30 anos (87,1%), cor de pele branca 268 (82,2%). Verifica-se a existência de associação estatisticamente significativa entre a suspeição de transtornos mentais comuns e a ideação suicida (p=0,009) de forma que uma pessoa que tenha histórico de ideação suicida é 2,4 vezes mais provável que tenha suspeição de transtornos mentais comuns. **Conclusão:** Os Transtornos Mentais Comuns são reais em ambientes universitários e o seu desenvolvimento assume risco aumentado no ambiente universitário, carregado de mudanças de vida e exigências a serem realizadas. Esta situação é risco para o desenvolvimento do comportamento suicida.

PALAVRAS-CHAVE: Suicídio; Transtornos Mentais; Estudantes.

ASSOCIATION BETWEEN COMMON MENTAL DISORDERS AND SUICIDAL BEHAVIOR IN UNIVERSITY STUDENTS

ABSTRACT: Objective: To analyze the association between Common Mental Disorders and Suicidal Behavior in university students. **Method:** This is a cross-sectional study, quantitative in nature, carried out with 326 university students in a city in the center-west of the state of São Paulo. Data collection took place during the months of November and December 2018, with the application of a semi-structured questionnaire, a questionnaire about suicidal behavior, both elaborated by the authors, and the Self-Report Questionnaire. The collected data composed a database and were consolidated through descriptive and inferential statistical techniques. **Results:** Of the 326 participants, 193 (59.2%) were women, most aged between 18 and 30 years (87.1%), 268 white (82.2%). There is a statistically significant association between suspicion of common mental disorders and suicidal ideation (p=0.009) so that a person with a history of suicidal ideation is 2.4 times more likely to have suspicion of common mental disorders . **Conclusion:** Common Mental Disorders are real in university environments and their development

takes on increased risk in the university environment, loaded with life changes and demands to be carried out. This situation is a risk for the development of suicidal behavior.
KEYWORDS: Suicide; Mental Disorders; Students.

1 | INTRODUÇÃO

O período universitário, na maioria das vezes vivenciado na transição para a vida adulta, é fator de risco para os estudantes, pois, além da expectativa de futuro por enxergar o ensino superior como única forma de ascensão social e melhoria das condições de vida, carrega uma série de exigências e mudanças de ordens cognitiva e emocional, que, por sua vez, podem influenciar para adoção de práticas não saudáveis e sofrimento psíquico (SILVA, 2019).

Compreende-se como transtorno mental comum a situação na qual, sem diagnóstico formal, observa-se afetações negativas nas atividades de vida diárias em decorrência de sintomas de depressão e/ou ansiedade e/ou estresse. Os sintomas apresentados revelam o sofrimento psíquico vivenciado, como a fadiga, a irritabilidade, a dificuldade de concentração, a insônia, o esquecimento, e queixas somáticas como a falta de apetite, a cefaleia, má digestão, tremores, entre outros. (GOMES et al., 2020; PALMA; RIBEIRO. SANTOS, 2020; ROCHA; VARÃO. NUNES, 2020).

Em outras palavras, não há diagnóstico psiquiátrico formal no fato de vivenciar Transtornos Mentais Comuns, contudo, ao analisar os sintomas respectivos a este, percebe-se o déficit na qualidade de vida, o risco de prejuízo nas atividades de vida diárias e a necessidade de atendimento de saúde (ROCHA; VARÃO. NUNES, 2020).

Essa situação de vulnerabilidade pode influenciar negativamente em aspectos orgânicos, psicológicos, socioculturais e ambientais. Nessa perspectiva de sofrimento psíquico intenso, uma das possíveis consequências, ou alternativa frente a compreensão de impossibilidade de resolução, é o comportamento suicida, um fenômeno multifatorial que tem como eixo comum o sofrimento (SILVA; MARCOLAN, 2021; GOMES; SILVA, 2020).

O comportamento suicida compreende a ideação suicida, o planejamento do suicídio, a tentativa de suicídio e a morte por suicídio, Vale destacar que para a ocorrência da morte por suicídio não é regra a experiência de vivenciar todas essas fases do comportamento suicida (SILVA; MARCOLAN, 2021; GOMES; SILVA, 2020).

Nesta perspectiva, este estudo teve por objetivo analisar a associação entre Transtornos Mentais Comuns e o Comportamento Suicida em estudantes universitários.

2 | MÉTODO

Trata-se de estudo transversal, de natureza quantitativa, realizado com estudantes universitários em uma instituição de ensino superior em cidade do centro-oeste do estado de São Paulo.

A população de estudantes universitários regularmente matriculados na instituição de ensino era de 2.164, sendo que a amostra calculada com grau de confiança de 95%, e margem de erro de 5% foi de 326 participantes, que compuseram a amostra final.

Optou-se por um modelo de amostragem probabilística aleatória estratificada proporcional, para que houvesse representantes de todos os cursos de graduação oferecidos pela instituição. Após a identificação desses estratos, foi realizado cálculo de peso relativo para definição do tamanho da amostra em cada estrato. Os estratos e a amostra em cada estrato foram: Administração (39); Análise de sistemas (24); Ciências da computação (31); Direito (119); Enfermagem (31); Fotografia (9); Medicina (20); Publicidade e propaganda (27); Química (26).

A coleta de dados se deu no decorrer dos meses de novembro e dezembro de 2018, em salas de aula ou espaços internos da instituição, que proporcionassem privacidade para o desenvolvimento da mesma. Houve a aplicação de questionário semiestruturado, para identificação de dados sócio demográficos, questionário acerca do comportamento suicida, ambos elaborados pelos autores, de característica autoaplicável, e Self-Report Questionnaire, um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde e validado no Brasil (MARI; WILLIAMS, 1986). Os participantes deste estudo dedicaram, em média, quinze minutos para responder aos questionários.

O questionário para identificação de ocorrência de comportamento suicida se deu por meio de frases relacionadas a cada fase, onde o participante assinalou “sim” ou “não”, conforme sua experiência de vida. As fases de comportamento suicida e a frases respectivas foram: Ideação suicida – “Já pensei que tudo só iria melhorar quando eu me matasse”; Planejamento de suicídio – “Já cheguei a escolher uma maneira para me matar”; Tentativa de suicídio – “Já realizei tentativa de suicídio”.

O Self-Report Questionnaire é um instrumento que possui 20 questões com respostas binárias, desenvolvido como instrumento de rastreamento para transtornos mentais comuns, contudo, importante ressaltar que esse instrumento não implica em diagnóstico psiquiátrico formal, mas, indica sofrimento psíquico relevante e que merece atenção de profissionais de saúde mental (MARI; WILLIAMS, 1986).

Os dados coletados compuseram um banco de dados, a partir da digitação de informações no software Microsoft Excel 2018, posteriormente, foram consolidados por meio das técnicas de estatísticas descritiva e inferencial. Para verificar associação entre variáveis qualitativas utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson. Quando da frequência das caselas foi menor que 20% ou menor que 5 realizou-se teste exato de Fischer. A força das associações entre as variáveis foi aferida pelo odds-ratio (OR) e intervalos de confiança (IC 95%). Utilizou-se o software IBM SPSS Statistic, versão 20, considerando nível de significância de 0,05.

Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando a participação e, após, responderam os instrumentos respectivos a este estudo, de acordo com a legislação específica para pesquisas com seres humanos, a

Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Educacional do Município de Assis, CAAE 91632318.5.0000.8547, e aprovada com Parecer número 2.991.512, de 30 de outubro de 2018.

3 I RESULTADOS

Dos 326 estudantes universitários participantes, 193 (59,2%) eram mulheres, a maioria com idade entre 18 e 30 anos (87,1%), média = 23,8, mediana 21,0, moda 21, cor de pele branca 268 (82,2%). Demais informações a respeito da caracterização dos participantes por meio de dados sociodemográficos estão descritas na Tabela 1.

VARIÁVEIS	n (%)
SEXO	
Feminino	193 (59,2)
Masculino	133 (40,8)
FAIXA ETÁRIA	
12 a 17 anos (adolescência)	5 (1,5)
18 a 30 anos (idade jovem)	284 (87,1)
31 a 50 anos (meia idade)	37 (11,3)
ORIENTAÇÃO SEXUAL	
Heterossexual	300 (92,0)
Homossexual	16 (4,9)
Bissexual	10 (3,1)
COR DE PELE	
Branca	268 (82,2)
Parda	48 (14,7)
Preta	3 (3,1)
ESTADO CIVIL	
Solteiro	284 (87,1)
Casado	23 (7,1)
União estável	12 (3,7)
Divorciado	6 (1,8)
Viúvo	1 (0,3)
FILHOS	
Não	287 (88,0)
Sim	39 (12,0)
RELIGIÃO	
Sim	279 (85,6)
Não	47 (14,4)

Tabela 1. Caracterização dos estudantes universitários participantes deste estudo (n=326). Assis, SP, Brasil, 2020.

Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2020.

Na análise da associação entre transtornos mentais comuns e o comportamento suicida, foram elaboradas três tabelas, a Tabela 2 com a análise de todos os participantes, a Tabela 3 com a análise das participantes mulheres e a Tabela 4 com a análise dos participantes homens.

Na Tabela 2, verifica-se que existe associação estatisticamente significativa entre a suspeição de transtornos mentais comuns e a ideação suicida (p=0,009). Ainda, verificou-se que existe uma relação de dependência entre o fato da ocorrência do comportamento suicida, na fase de ideação suicida e a suspeição de transtornos mentais comuns (OR=2,418; IC95% = [1,123 - 4,780]), o que significa que uma pessoa que tenha histórico de ideação suicida é 2,4 vezes mais provável que tenha suspeição de transtornos mentais comuns.

Para as demais etapas do comportamento suicida, mesmo que sem significância estatística, observa-se maiores prevalências de planejamento de suicídio e tentativa de suicídio associadas às pessoas com suspeição de transtornos mentais comuns.

Variáveis (n)	TMC		p-valor	OR	IC 95%
	Não suspeito (196) n (%)	Suspeito (130) n (%)			
Ideação suicida			0,009*	2,418	1,223 – 4,780
Não (287)	180 (62,7)	107 (37,3)			
Sim (39)	16 (41,0)	23 (59,0)			
Planejamento de suicídio			0,087*	2,030	0,891 – 4,623
Não (301)	185 (61,5)	116 (38,5)			
Sim (25)	11 (44,0)	14 (56,0)			
Tentativa de suicídio			0,357**	1,848	0,552 - 6,187
Não (315)	191 (60,6)	124 (39,4)			
Sim (11)	5 (45,5)	6 (54,5)			

Tabela 2. Associação entre Transtornos Mentais Comuns e o Comportamento Suicida em estudantes universitários (n=326). Assis, SP, Brasil, 2020.

Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2020.

*Teste qui-quadrado de Pearson; **Teste exato de Fischer; OR - Odds ratio; IC - Intervalo de confiança

Nas Tabelas 3 e 4, com as associações de mulheres e homens, respectivamente, não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre as variáveis. Na estimativa de risco, pelo intervalo de confiança, não houve diferença entre a suspeição, ou não, de transtornos mentais comuns e o desencadeamento do comportamento suicida, contemplando as suas etapas. Todavia, há de se considerar que o número de pessoas suspeitas de transtornos mentais comuns obteve maiores prevalências de comportamento suicida quando comparadas às pessoas que obtiveram escore para não suspeição de transtornos mentais comuns.

Variáveis (n)	TMC		p-valor	OR	IC 95%
	Não suspeito (113) n (%)	Suspeito (80) n (%)			
Ideação suicida			0,068*	2,104	0,935 – 4,736
Não (165)	101 (61,2)	64 (38,8)			
Sim (28)	12 (42,9)	16 (57,1)			
Planejamento de suicídio			0,194*	1,842	0,725 – 4,678
Não (173)	104 (60,1)	69 (39,9)			
Sim (20)	9 (45,0)	11 (55,0)			
Tentativa de suicídio			0,720**	1,434	0,348 - 5,913
Não (185)	109 (58,9)	76 (41,1)			
Sim (8)	4 (50,0)	4 (50,0)			

Tabela 3. Associação entre Transtornos Mentais Comuns e o Comportamento Suicida em estudantes universitários do sexo feminino (n=193). Assis, SP, Brasil, 2020.

Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2020.

*Teste qui-quadrado de Pearson; **Teste exato de Fischer; OR - Odds ratio; IC - Intervalo de confiança

Variáveis (n)	TMC		p-valor	OR	IC 95%
	Não suspeito (83) n (%)	Suspeito (50) n (%)			
Ideação suicida			0,101**	3,215	0,891 - 11,603
Não (122)	79 (64,8)	43 (35,2)			
Sim (11)	4 (36,4)	7 (63,6)			
Planejamento de suicídio			0,364**	2,585	0,417 - 16,034
Não (128)	81 (63,3)	47 (36,7)			
Sim (5)	2 (40,0)	3 (60,0)			
Tentativa de suicídio			0,556**	3,417	0,302 - 38,683
Não (130)	82 (63,1)	48 (36,9)			
Sim (3)	1 (33,3)	2 (66,7)			

Tabela 4. Associação entre Transtornos Mentais Comuns e o Comportamento Suicida em estudantes universitários do sexo masculino (n=133). Assis, SP, Brasil, 2020.

Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2020.

*Teste qui-quadrado de Pearson; **Teste exato de Fischer; OR - Odds ratio; IC - Intervalo de confiança

4 I DISCUSSÃO

Dos 326 (100,0%) estudantes universitários participantes deste estudo, 130 (39,9%) tiveram pontuação indicativa para Transtornos Mentais Comuns ao aplicar o Self-Report

Questionnaire.

É uma alta taxa quando comparamos outros extratos da população. Os resultados indicativos de Transtornos Mentais Comuns foram de 37,0% em servidores técnico administrativos em educação (MOTA; SILVA; AMORIM, 2020), 35,6% em cuidadores familiares de idosos (HENRIQUES; CABANA; MONTARROYOS, 2018), 29,7% em trabalhadores da atenção primária à saúde (CARLOTTO, 2016), 23,6% em agentes penitenciários (LIMA et al., 2019), 19,7% em moradores da área urbana da cidade de São Paulo (SANTOS et al., 2019) e 14,2% em trabalhadores marítimos (SILVA et al., 2017).

Por outro lado, os maiores percentuais podem ser encontrados em 41,6% em agentes comunitários de saúde (SANTOS et al., 2017) e 47,9% em agricultores (MORIN; STUMM, 2018).

Os Transtornos Mentais Comuns compreendem quadros de transtorno mental de menor gravidade. Um quadro clinico de sintomas psicossomáticos e engloba esquecimento, irritabilidade, dificuldade na concentração e tomada de decisões, insônia e fadiga, além de queixas somáticas como cefaleia, falta de apetite e tremores (CARLETO et al., 2018; SOUSA et al., 2019).

Esse quadro de sintomas psicossomáticos é um risco para o desenvolvimento do comportamento suicida em universitários, sobretudo na fase de ideação suicida, conforme observado nos resultados deste estudo.

A Tabela 2 expõe que na identificação de vivência em todas fases do comportamento suicida (ideação suicida, planejamento de suicídio e tentativa de suicídio) há maior quantitativo de estudantes universitários suspeitos de Transtornos Mentais Comuns, com valor estatístico na fase de ideação suicida.

A este ponto, entendendo o suicídio como um fenômeno multifatorial, entende-se que pode ser um comportamento influenciado pelas condições observadas no ambiente acadêmico, que pode assumir condição de risco e gerar Transtornos Mentais Comuns nesta população.

Inúmeros fatores intrínsecos ao ambiente acadêmico perfazem condições e situações de risco aos estudantes como o esforço na aprovação em vestibular e ingresso no ensino superior, a sensação de independência por estar fora do controle dos pais e pela maioridade, o cotidiano universitário com excesso de atividades a serem desenvolvidas, a sobrecarga pela vida dupla (trabalhar e estudar) (GOMES et al., 2020; ARAÚJO et al., 2020).

Ao identificar uma pessoa com comportamento suicida, quatro passos são propostos pelo Ministério da Saúde (----):

Converse (Eleja um local e horário apropriado e calmo, de forma que a atenção seja dispensada totalmente à pessoa. Uma escuta inclusiva e sem julgamentos);

Acompanhe (Fique em contato com essa pessoa. Seja atento ao que ela pensa e o que está fazendo. Ofereça-se para acompanha-la);

Busque ajuda profissional (É importante que essa pessoa seja cuidada de forma

apropriada. Incentive-a para realizar tratamento com profissionais de saúde mental);

Projeta (Caso identifique rico de morte eminente, indique a busca pela unidade de emergência disponível para atendimento imediato).

5 | CONCLUSÃO

Os Transtornos Mentais Comuns são reais em ambientes universitários e o seu desenvolvimento assume risco aumentado no ambiente universitário, carregado de mudanças de vida e exigências a serem realizadas. Esta situação é risco para o desenvolvimento do comportamento suicida.

Convém salientar a respeito da importância de as ações preventivas serem desenvolvidas para esta população, nas universidades e nas unidades de saúde, e que haja repercussão em todos os espaços possíveis de alcance pela universidade.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. S.; COMASSETTO, I.; TENÓRIO, A. Q.; SILVA, R. K. S.; PESSOA, I. R.; VIEIRA, D. S.; VIANA, M. E. R.; VERG, M. C. O. C. P. Interfaces sobre a ideia suicida entre universitários no campo saúde: uma revisão integrativa. **Braz. J. of Develop.**, v. 6, n. 3, p. 9610-9602. 2020. http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n3-002.

CARLETO, C. T.; MOURA, R. C. D. de; SANTOS, V. S.; PEDROSA, L. A. K. Adaptação à universidade e transtornos mentais comuns em graduandos de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 20, v20a01. 2018. http://dx.doi.org/10.5216/ree.v20.43888.

CARLOTTO, M. S. Transtornos Mentais Comuns em trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: Prevalência e fatores associados. **Psicol Argum.**, v. 34, n. 85, p. 133-146. 2016. http://dx.doi.org/10.7213/psicol.argum.34.085.AO04.

GOMES, C. F. M.; PEREIRA JUNIOR, R. J.; CARDOSO, J. V.; SILVA, D. A. Transtornos mentais comuns em estudantes universitários: abordagem epidemiológica sobre vulnerabilidades. **SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, v. 16, n. 1, p. 1-8. 2020. https://doi.org/10.11606//issn.1806-6976.smad.2020.157317.

GOMES, C. F. M.; SILVA, D. A. Aspectos epidemiológicos do comportamento suicida em estudantes universitários. **Res. Soc Dev.**, v. 9, n. 5, e38953106. 2020. http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3106.

HENRIQUES, R. T. M.; CABANA, M. C. F. L.; MONTARROYOS, U. R. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e sua associação com a sobrecarga em cuidadores familiares de idosos. **Mental**, v. 12, n. 22, p. 35-52. 2018.

LIMA, A. I. O.; DIMENSTEIN, M.; FIGUEIRÓ, R.; LEITE, J.; DANTAS, C. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e Uso de Álcool e Drogas entre Agentes Penitenciários. **Psicologia: Teoria e Pesquisa [online]**, v. 35, e3555. 2019. https://doi.org/10.1590/0102.3772e3555.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **British Journal of Psychiatry**, v. 148, n. 1, p. 23-26. https://doi.org/10.1192/bjp.148.1.23.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Suicídio. Saber, agir e prevenir**. Disponível em: https://antigo.saude.gov.br/images/campanhas/Prevencao_do_suicidio_2017/folheto_Suicidio_PublicoGeral_150x210.pdf.

MORIN, P. V.; STUMM, E. M. F. Transtornos mentais comuns em agricultores, relação com agrotóxicos, sintomas físicos e doenças preexistentes. **Psico [Internet]**, v. 49, n. 2, p. 196-205. 2018. https://doi.org/10.15448/1980-8623.2018.2.26814.

MOTA, C. A.; SILVA, A. K. L.; AMORIM, K. Prevalência de transtornos mentais comuns em servidores técnico-administrativos em educação. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 20, n. 1, p. 891-898. 2020. https://doi.org/10.17652/rpot/2020.1.17691.

PALMA, T. F.; RIBEIRO, S. M. A.; SANTOS, V. M. T. A autoimagem, os transtornos mentais comuns e a depressão em estudantes de graduação. **Rev. Saúde Col. UEFS**, v. 10, p. 108-115. 2020.

ROCHA, I. L.; VARÃO, F. S.; NUNES, J. R. Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados. **Braz. J. of Develop.**, v. 6, n. 12, p. 102989-3000. 2020. https://doi.org/10.34117/bjdv6n12-698.

SANTOS, A. M. V. S.; LIMA, C. A.; MESSIAS, R. B.; COSTA, F. M.; BRITO, M. F. S. F. Transtornos mentais comuns: prevalência e fatores associados entre agentes comunitários de saúde. **Cadernos Saúde Coletiva [online]**, v. 25, n. 2, p. 160-168. 2017. https://doi.org/10.1590/1414-462X201700020031.

SANTOS, G. B. V.; AKVES, M. C. G. P.; GOLDBAUM, M.; CESAR, C. L. G.; GIANINI, R. J. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública [online], v. 35, n. 11, e00236318. 2019. https://doi.org/10.1590/0102-311X00236318.

SILVA, D. A. A autoestima e o comportamento suicida em estudantes universitários: uma revisão da literatura. **REAS [Internet]**, n. 23, e422. 2019. https://doi.org/10.25248/reas.e422.2019.

SILVA, D. A.; MARCOLAN, J. F. O impacto das relações familiares no comportamento suicida. **Res. Soc Dev.**, v. 10, n. 2, e17310212349. 2021. http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12349.

SILVA, J. L. L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores marítimos do Rio de Janeiro. **Rev Fund Care Online**, v. 9, n. 3, p. 676-681. 2017. http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.676-681.

SOUSA, K. H. J. F. et al. Transtornos mentais comuns entre trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 1-10. 2019. https://doi.org/10.1590/1982-0194201900002.

CAPÍTULO 8

DISTRIBUIÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM NO BRASIL

Data de aceite: 01/10/2021

Maynara Fernanda Carvalho Barreto
Universidade Estadual do Norte do Paraná
Bandeirantes - Paraná
ORCID https://orcid.org/0000-0002-3562-8477

RESUMO: Objetivo: descrever a distribuição da força de trabalho em enfermagem e a razão enfermeiro por médico por estado do Brasil. **Métodos:** estudo quantitativo, descritivo, realizado entre abril e julho de 2020. As variáveis de análise foram o número de profissionais por categoria profissional da enfermagem e a razão enfermeiro por médico por estado brasileiro. Os resultados foram apresentados em mapas de distribuição geográfica. **Resultados:** a distribuição da força de trabalho em enfermagem, em todas as categorias, é heterogênea. Os estados Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo possuem uma razão inferior a um enfermeiro por médico. **Conclusões:** os resultados fornecem subsídios para a implementação de estratégias regionais e politicas de saúde de apoio social, político e econômico às regiões com menores taxas de profissionais disponíveis por 10.000 habitantes e razão enfermeiro por médico.
PALAVRAS-CHAVE: Mão de obra em saúde, Enfermeiras e Enfermeiros, Recursos Humanos.

DISTRIBUTION OF THE WORKFORCE IN NURSING IN BRAZIL

ABSTRACT: Objective: to describe the distribution of the nursing workforce and the nurse to physician ratio by state in Brazil. **Methods:** quantitative, descriptive study, carried out between April and July 2020. The analysis variables were the number of professionals by professional nursing category and the nurse to physician ratio by Brazilian state. The results were presented in geographic distribution maps. **Results:** the distribution of the nursing workforce, in all categories, is heterogeneous. The states of Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina and São Paulo have a ratio lower than one nurse per physician. **Conclusions:** the results provide subsidies for the implementation of regional strategies and health policies of social, political and economic support to regions with lower rates of available professionals per 10,000 inhabitants and nurse to physician ratio.
KEYWORDS: Health Workforce, Nurses, Workforce.

1 | INTRODUÇÃO

Força de trabalho em saúde refere-se ao número de pessoas que prestam direta ou indiretamente os serviços de assistência à saúde (CHWS, 2020). A partir desta definição, a Organização Mundial da Saúde (OMS) ressalta que os sistemas de saúde só funcionam a partir de profissionais de saúde disponíveis a partir da disponibilidade de pessoal, acessibilidade,

aceitabilidade e qualidade dos serviços prestados (WHO, 2020).

Em relação à disponibilidade de pessoal, há uma estimativa que aponta um déficit de até 18 milhões de trabalhadores da área da saúde até 2030 (WHO, 2020). Diante desta projeção, inclui-se a enfermagem onde seus profissionais representam atualmente mais da metade de trabalhadores da força de trabalho em saúde ou, em números, uma representação de 60 a 89% da força de trabalho de saúde (OPAS, 2016).

Em reconhecimento à representatividade da força de trabalho que a enfermagem possui, em 2018 foi lançada a campanha Nursing Now com o apoio e adesão da Organização Pan-Americana de saúde (OPAS) com o objetivo de empoderar e fortalecer o papel da enfermagem, com destaque para a atenção primária à saúde e, aumentar a influência da enfermagem nas politicas de saúde global e nacional (PAHO, 2018).

No Brasil, a campanha é realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em parceria com o Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem, vinculado à Universidade de São Paulo (USP)/Ribeirão Preto. O objetivo, no país, é apresentar o protagonismo da força de trabalho em enfermagem e possui como metas o investimento no fortalecimento da educação e no desenvolvimento dos profissionais de enfermagem com foco na liderança; a busca pela melhoria das condições de trabalho dos profissionais de enfermagem e a disseminação de praticas de enfermagem efetivas e inovadoras com base em evidencias cientificas, em âmbito nacional e regional (NURSING NOW BRASIL, 2019).

No entanto, fatores como o número suficiente e distribuição adequada de profissionais pode representar um desafio para o avanço da enfermagem em todas as regiões do mundo, com destaque para o Brasil, e interferir no alcance das metas propostas em nível nacional e internacional como o alcance do Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde.

O Acesso Universal à Saúde significa a ausência de barreiras socioculturais, organizacionais, econômicas, geográficas e relacionadas aos gêneros, relacionados aos cuidados da saúde. Já a Cobertura Universal corresponde `a capacidade dos sistemas de saúde em atender as demandas das populações em qualquer nível de cuidado, com o fornecimento de infraestrutura, número de recursos humanos adequados, e tecnologias da saúde sem causar danos financeiros (MARZIALE, 2016; WHO, 2014).

Assim, destaca-se a necessidade de os governos investirem em políticas públicas que valorizem o papel da enfermagem, a remuneração dada aos seus profissionais, desigualdade de gênero e escassez de enfermeiros em posições estratégicas, como cargos de liderança (CASSIANI; LIRA NETO, 2018).

A partir do exposto, destaca-se que o Brasil está entre os maiores países provedores de educação na área da saúde (WORLD BANK GROUP, 2015) e possui o maior número de escolas de enfermagem da América Latina e Caribe (CASSIANI et al., 2018). No entanto, não é conhecido se o número de profissionais da enfermagem e sua distribuição, no Brasil, é adequada segundo categoria profissional, relação razão enfermeiro/médico e localização

geográfica.

Assim, a presente investigação teve por objetivo descrever a distribuição da força de trabalho em enfermagem e a razão enfermeiro por médico por estado do Brasil.

2 I MÉTODO

Estudo quantitativo, descritivo, sobre a distribuição da força de trabalho em enfermagem no Brasil realizado entre abril e julho de 2020. As variáveis de análise foram o número de profissionais por categoria profissional da enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e obstetrizes) e, b) razão enfermeiro por médico.

A coleta de dados ocorreu em junho de 2020. Para a identificação do número de inscrições ativas, por categoria profissional da enfermagem e estado brasileiro, utilizou-se as informações oficiais disponibilizadas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (COFEN, 2020). Para a identificação do número de inscrições ativas de médicos, por estado brasileiro, foram utilizados os dados oficiais disponíveis pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) (CFM, 2020).

Para a etapa de organização dos dados foram elaboradas planilhas no Microsoft Excel. Com o objetivo de padronizar os dados numéricos obtidos, foram calculadas as taxas de profissionais (número de profissionais de enfermagem dividido pelo número de habitantes (hab.) x 10.000 habitantes) por estado brasileiro. Ademais, acrescenta-se que a relação razão enfermeiro/médico refere-se a proporção de enfermeiros dividida pela proporção de médicos por estado brasileiro.

Para a apresentação da distribuição da força de trabalho de enfermagem e razão enfermeiro/médico, por estado brasileiro, optou-se pela elaboração de mapas.

3 I RESULTADOS

A força de trabalho de enfermagem no Brasil é representada, até maio de 2020, por 2.321.509 profissionais com inscrições ativas em seus respectivos Conselho Regional de Enfermagem (COREN). A Figura 1 apresenta a taxa de profissionais de enfermagem, por estado brasileiro, onde o Distrito Federal possui a maior taxa de profissionais de enfermagem (213,4) do país e Bahia, Ceará, Maranhão, Mato Grosso do Sul e Minas Gerais as menores taxas (87-100 profissionais/ 10.000 hab.).

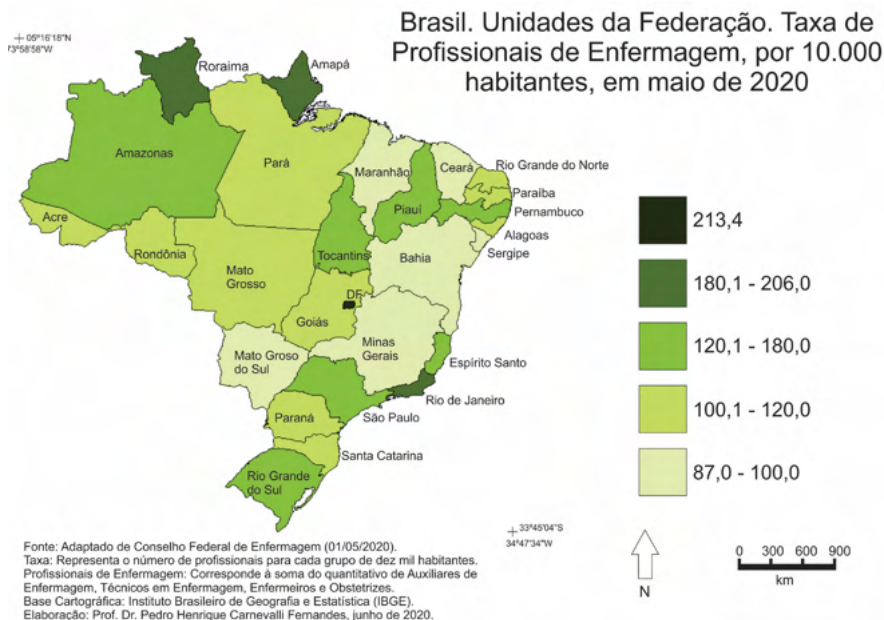



Figura 1 – Taxa de profissionais de enfermagem, por 10.000 habitantes, em maio de 2020. Brasil, 2020.

A Figura 2 apresenta a taxa de enfermeiros ativos, por 10.000 habitantes. Observa-se que o Distrito Federal possui a maior taxa de enfermeiros (61,8) enquanto o Maranhão, Pará, Rio Grande do Sul e Santa Catarina possuem menores taxas (18,4-25,9 profissionais/ 10.000 hab.).

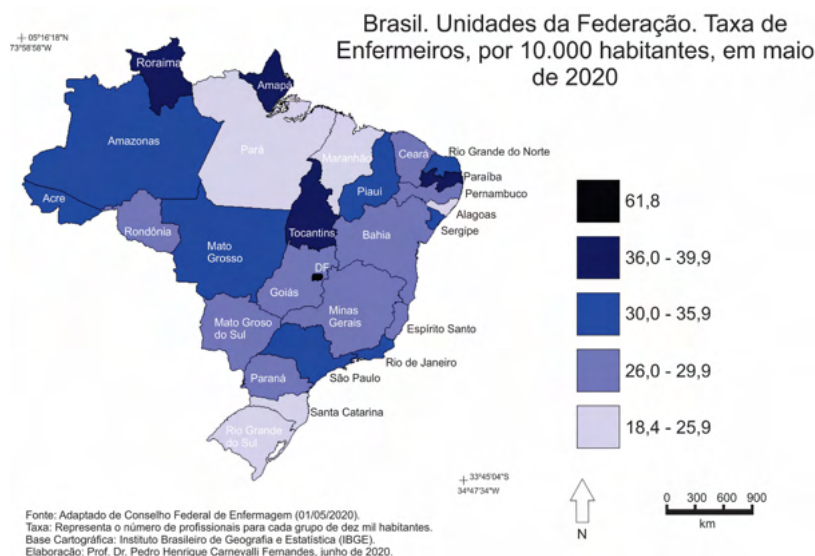



Figura 2 – Taxa de enfermeiros, por 10.000 habitantes, em maio de 2020. Brasil, 2020.

A taxa de técnicos de enfermagem, por 10.000 habitantes, é maior no Amapá (153,2 profissionais/ 10.000 hab.) enquanto os estados Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Paraná, São Paulo e Sergipe possuem as menores taxas (48,8-60 profissionais/ 10.000 hab.) (Figura 3).

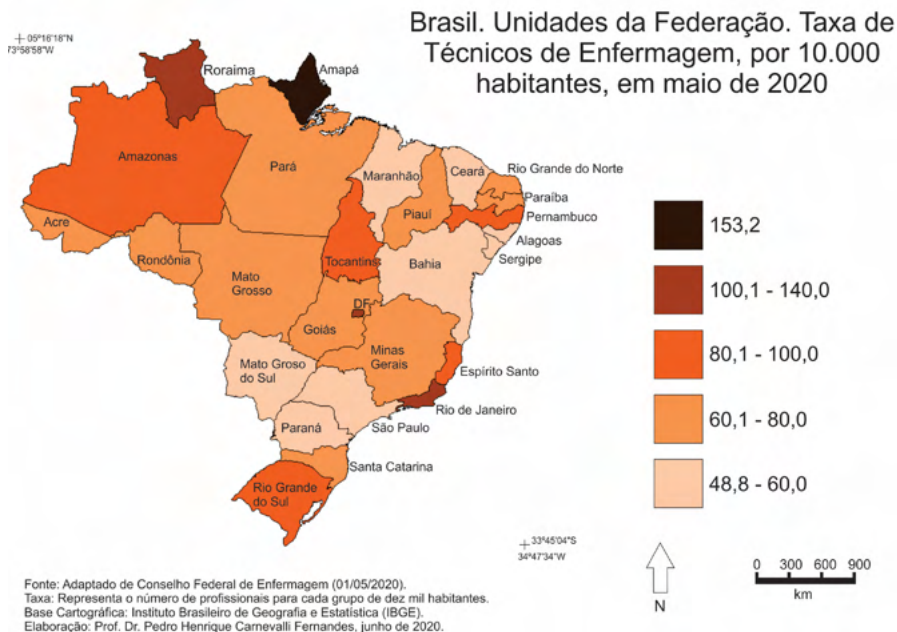



Figura 3 – Taxa de técnicos de enfermagem, por 10.000 habitantes, em maio de 2020. Brasil, 2020.

Quanto a taxa de auxiliares de enfermagem, São Paulo possui o maior número de profissionais (50,8) por 10.000 habitantes. Estados como o Acre, Amazonas, Bahia, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Paraíba, Santa Catarina e Tocantins apresentam as menores taxas desta categoria profissional (6,1-9,3 profissionais/ 10.000 hab.) (Figura 4).

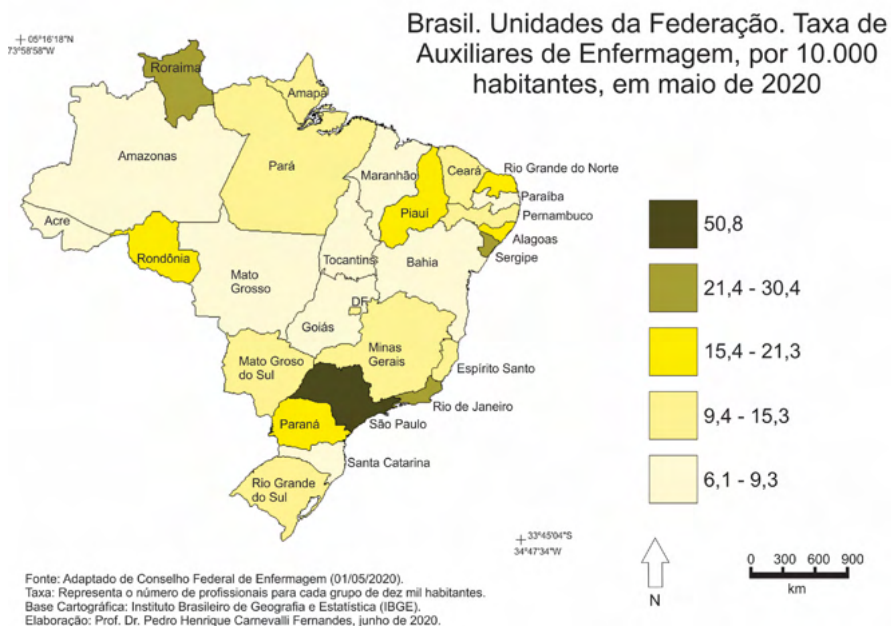



Figura 4 – Taxa de auxiliares de enfermagem, por 10.000 habitantes, em maio de 2020. Brasil, 2020.

No que se refere ao número de obstetrizes, destaca-se que todos os estados brasileiros possuem menos de um profissional por 10.000 habitantes. Quanto a relação enfermeiro/médico, os estados Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo possuem menos de um enfermeiro por médico.

4 I DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que tanto a distribuição da força de trabalho em enfermagem, por categoria profissional da área como a razão de enfermeiro por médico, no Brasil, é heterogênea. Estudo realizado por Cassiani et al. (2018), sobre a distribuição da força de trabalho em enfermagem encontrou resultados semelhantes nos países que compõem a Região das Américas.

Conforme os resultados deste estudo, o número de enfermeiros, correspondente aos profissionais com formação em nível superior, é menor do que o número de técnicos de enfermagem e está abaixo do recomendado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) que recomenda a necessidade de nove enfermeiros por mil habitantes, ou 90 profissionais para 10.000 hab. para um acesso adequado e atenção qualificada às populações (OECD, 2019).

Em relação a razão enfermeiro por médico, os estados brasileiros Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo possuem uma razão abaixo de uma das metas de recursos humanos propostas pela OPAS/OMS quem

recomenda ao menos um profissional enfermeiro por médico (CASSIANI et al., 2018; OPS, 2005). Destaca-se que países como Estados Unidos e Canadá, existem aproximadamente quatro enfermeiros para cada médico (OPAS, 2019), diferente dos resultados deste estudo onde todos os estados brasileiros apresentam uma razão abaixo de quatro.

Sobre a heterogeneidade da distribuição da força de trabalho em enfermagem, sobretudo de enfermeiros, estudo (FROTA et al., 2020) destaca a necessidade de equalizar as assimetrias territoriais entre as instituições que formam estes profissionais, a superconcentração e escassez relacionadas à assistência, de acordo com às realidades locais e metas globais.

Apesar dos estados Bahia, Minas Gerais, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo serem responsáveis pela formação da maioria dos enfermeiros no Brasil nos últimos anos e possuírem uma grande população (MACHADOa et al., 2016; MATSUMURA et al., 2018), neste estudo, estes estados não apresentaram as maiores taxas de enfermeiros por 10.000 hab. Além disso, os achados por estado evidenciam a escassez de enfermeiros em determinadas regiões e localidades que pode ser oriunda do desequilíbrio entre oferta e demanda de profissionais no país.

Segundo o estudo de Matsumura et al., (2018) a desigualdade na organização dos cursos entre as regiões brasileiras está relacionada a escassez de infraestrutura, como na região Norte, e acomete locais com necessidades de saúde especificas. Assim, evidencia-se que os fatores sociais, políticos e econômicos devem ser considerados como determinantes e possíveis causadores de quantidades pequenas de cursos superiores de Enfermagem em alguns estados do país.

Em relação às taxas de técnicos e auxiliares de enfermagem, embora neste estudo não fosse possível identificar o quantitativo de pessoas que buscam a formação de enfermeiro, aproximadamente 30% destes cursam ou já possuem o curso de nível superior. No entanto, algumas vezes continuam atuando em funções de nível intermediário devido às condições de trabalho e empregabilidade (MACHADOa et al., 2016), sendo o setor público o responsável por empregar a maioria destes profissionais (MACHADOb et al., 2016).

No entanto, de acordo com a OPAS, existe uma lacuna importante na disponibilidade e no acesso aos profissionais da enfermagem permeados por mobilidade e migração, má distribuição, falta de regulamentação, incentivos insuficientes para o avanço profissional, falta de acesso à educação superior e ambientes de trabalho inadequados (OPAS, 2019).

Assim, os países, incluindo o Brasil, devem investir em profissionais da enfermagem, por representarem a maior força de trabalho em saúde, para melhorar sua disponibilidade, distribuição e funções rumo à saúde universal com o objetivo de potencializar a distribuição da força de trabalho em enfermagem de adequadamente, com habilidades técnicas e cientificas, ao acesso de todas as pessoas (OPAS, 2019).

Destacam-se, como limitação do estudo, o tipo de pesquisa desenvolvido por não permitir identificar e concluir as causas e fatores associados à heterogeneidade da

distribuição da força de trabalho em enfermagem no Brasil. No entanto, acrescenta-se que identificar a distribuição por categoria profissional bem como a razão enfermeiro por médico, por meio dos mapas desenvolvidos, permite aos gestores de serviços e organizações de saúde visualizarem as regiões que necessitam de maior aporte aos fatores sociais, políticos e econômicos.

5 | CONCLUSÃO

A distribuição da força de trabalho em enfermagem, em todas as categorias, é heterogênea. Os estados Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo possuem uma razão inferior a um enfermeiro por médico. Os resultados fornecem subsídios para a implementação de estratégias regionais e politicas de saúde de apoio social, político e econômico às regiões com menores taxas de profissionais disponíveis por 10.000 habitantes e razão enfermeiro por médico.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Pedro Henrique Carnevalli Fernandes.

REFERÊNCIAS

CASSIANI, S. H. B.; HOYOS, M. C.; BARRETO, M. F. C.; SIVES, K.; SILVA , F. A. M. Distribuición de la fuerza de trabajo em enfermeira em la Región de las Américas. **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, e72, 2018. Disponível em: <https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/2018_ops_distrib_enf.pdf >. Acesso em: 22 abr 2020.

CASSIANI, S. H. B.; LIRA NETO, J. C. G. Perspectivas de la enfermeira y la Campaña Nursing Now. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 5, p. 2351-2, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000502351&lng=en&tlng=es>. Acesso em: 22 abr 2020.

CENTER FOR HEALTH WORFORCE STUDIES (CHWS). **Health care employment.** 2020. Disponível em: <https://www.chwsny.org/the-health-workforce/health-care-employment/>. Acesso em: 22 abr 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Enfermagem em Números.** Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros> Acesso em 25 jun 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Estatísticas.** Disponível em: < https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_estatistica> Acesso em 18 abr 2020.

FROTA, M. A.; WERMELINGER, M. C. M. W.; VIEIRA, L. J. E. S.; XIMENES NETO, F. R. G.; QUEIROZ, R. S. M.; AMORIM, R. F. Mapeando a formação do enfermeiro no Brasil: desafios para atuação em cenários complexos e globalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n.1, p. 25-35, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n1/1413-8123-csc-25-01-0025.pdf>. Acesso em: 2 ago 2020.

MACHADO, M. H.; WERMELINGER, M.; VIEIRA, M. et al. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. **Enfermagem em Foco,** v. 6, n.2/4, p. 15-34, 2016a. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/687/297>. Acesso em: 02 ago 2020.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S.; LEMOS, W. R.; LACERDA, W. F.; JUSTINO, E. Mercado de trabalho em enfermagem no âmbito do SUS: uma abordagem a partir da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. **Divulgação em saúde para debate.** Rio de Janeiro, v. 1, n. 56, p. 52-69, 2016b. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/884409/mercado-de-trabalho-em-enfermagem-no-ambito-do-sus-uma-abordage_Uir6lGY.pdf> Acesso em: 27 jul 2020.

MARZIALE, M. H. P. Universal Access to Health and Universal Health Coverage: Nursing contributions. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 24, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/0104-1169-rlae-0000-2667.pdf>. Acesso em: 22 abr 2020.

MATSUMURA, E. S. S.; FRANÇA, A. S.; ALVES, L. M. F.; SILVEIRA, M. K. S.; SOUZA JUNIOR, A. S.; CUNHA, L. C. Distribuição espacial dos cursos de graduação em enfermagem. **Revista de enfermagem UFPE online**, v.12, n.12, p. 3271-8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a236270p3271-3278-2018>. Acesso em: 02 ago 2020.

NURSING NOW BRASIL. Cofen define metas da campanha Nursing Now no Brasil. 2019. Disponível em: <http://nursingnowbr.org/noticia/cofen-define-metas-da-campanha-nursing-now-no-brasil>. Acesso em 18 abr 2020.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). Health at a Glance 2017: OECD Indicators [livro na Internet]. Paris: OECD Publishing; 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en>. Acesso em: 02 ago 2020.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **OPAS/OMS insta Estados-Membros a transformar a educação em enfermagem nas Américas.** 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5095:opas-oms-insta-estados-membros-a-transformar-educacao-em-enfermagem-nas-americas&Itemid=844>. Acesso em: 26 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Enfermeiras e enfermeiros são essenciais para avançar rumo à saúde universal.** 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5931:enfermeiras-e-enfermeiros-sao-essenciais-para-avancar-rumo-a-saude-universal-2&Itemid=844>. Acesso em: 02 ago 2020.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Llamado a la acción de Toronto: 2006-2015 hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas.** Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. Washington, 2006. Disponível em: <https://www.observatoriorh.org/llamado-la-accion-de-toronto-2006-2015-hacia-una-decada-de-recursos-humanos-en-salud-para-las>. Acesso em: 02 ago 2020.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Launch of global campaign on Nursing Now.** 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14162:launch-of-global-campaign-ursingnow&Itemid=39594&lang=en>. Acesso em: 20 abr 2020.

WORLD BANK GROUP. **The health workforce in Latin America and the Caribbean. An analysis of Colombia, Costa Rica, Jamaica, Panama, Peru, and Urugray.** 2015. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/22027/9781464805943.pdf?sequence=1>. Acesso em 22 abr 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health financing for universal coverage. **What is universal health coverage?** Ginebra: WHO; 2014. Disponível em: <http://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/>. Acesso em: 22 abr 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health Workforce**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1>. Acesso em: 22 abr 2020.

CAPÍTULO 9

NEOPLASIA MALIGNA DO CÓLON E RETO NO BRASIL: MORBIDADE E MORTALIDADE

Data de aceite: 01/10/2021
Data de submissão: 13/08/2021

Yara Rodrigues dos Santos
Fundação Educacional do Município de Assis
Assis - São Paulo
ORCID https://orcid.org/0000-0001-5838-1502

Daniel Augusto da Silva
Fundação Educacional do Município de Assis
Assis – São Paulo
ORCID https://orcid.org/0000-0002-2716-6700

RESUMO: Esta pesquisa abordou sobre como a mortalidade e a incidência da neoplasia maligna do cólon tem aumentado em vários países do mundo. O risco de a população desenvolver a doença é de aproximadamente 5%. O objetivo do presente estudo foi apresentar dados epidemiológicos sobre a morbidade e mortalidade por neoplasia maligna do cólon e reto no Brasil, a partir das regiões brasileiras, faixa-etária, sexo e estadiamento. A neoplasia maligna do cólon e reto, com a indicação da não realização de exames de rastreamento, é diagnosticada após a procura por atendimento médico com sinais e sintomas, que, em sua maioria, 44,6%, se encontram em estágio avançado, com a ocorrência de metástases. Dentre as regiões brasileiras a região Sul do Brasil apresenta aumento, em 2019 (19,2/100.000); Sexo, maior entre mulheres (9,9/100.000 em 2019) do que em homens (9,6/100.000 em 2019), pode haver relação com os hormônios femininos na tumorigênese colorretal. Faixa etária, maior em idosos (50,2/100.000 entre 75 e 79 anos; 46,1/100.000 70 e 74 anos; e 40,6/100.000, 65 e 69. Estadiamento, 44,6% em estádio 4 e 34,5% em estádio 3. Com a não indicação do rastreamento da neoplasia maligna do cólon, cabe o fortalecimento de ações para o diagnóstico precoce, a partir da identificação dos sinais e sintomas, contribuindo para melhor prognóstico. Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, epidemiológico, de série histórica, de abordagem quantitativa. Contemplam-se informações de dados em bases secundárias sobre diagnósticos do Instituto Nacional de Câncer e dados demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, obtidos entre os meses de novembro de 2020 a janeiro de 2021. Os coeficientes de incidência de neoplasia maligna do cólon foram obtidos por meio da divisão do número de diagnósticos da patologia pela população residente, multiplicado por 100.000. Tais Resultados comprovam a importância do diagnóstico precoce da doença e da promoção e prevenção à saúde, proporcionando uma melhor qualidade de vida refletindo em um melhor prognóstico e maiores chances de cura.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do adulto; Neoplasias Colorretais; Monitoramento epidemiológico.

MALIGNANT NEOPLASMS OF THE COLON AND RECTUM IN BRAZIL: MORBIDITY AND MORTALITY

ABSTRACT: This research addressed how the mortality and incidence of malignant colon

neoplasia has increased in several countries around the world. The risk of the population developing the disease is approximately 5%. The aim of this study was to present epidemiological data on morbidity and mortality due to malignant neoplasia of the colon and rectum in Brazil, from the Brazilian regions, age group, sex and staging. The malignant neoplasm of the colon and rectum, with the indication of not performing screening tests, is diagnosed after seeking medical care with signs and symptoms, which, mostly, 44.6%, are in advanced stage, with the occurrence of metastases. Among the Brazilian regions, the Southern region of Brazil increased in 2019 (19.2/100,000); Sex, higher among women (9.9/100,000 in 2019) than in men (9.6/100,000 in 2019), may be related to female hormones in colorectal tumorigenesis. Age group, higher in the elderly (50.2/100,000 between 75 and 79 years; 46.1/100,000 70 and 74 years; and 40.6/100,000, 65 and 69. Staging, 44.6% in stage 4 and 34.5% in stage 3. With the non-indication of screening for malignant neoplasm of the colon, it is up to the strengthening of actions for early diagnosis, from the identification of signs and symptoms, contributing to a better prognosis. This is a descriptive, retrospective, epidemiological, historical series study with a quantitative approach. Data are included in secondary databases on diagnoses of the National Cancer Institute and demographic data from the Brazilian Institute of Geography and Statistics, obtained between November 2020 and January 2021. The incidence coefficients of malignant colon neoplasia were obtained by dividing the number of diagnoses of the pathology by the resident population, multiplied by 100,000. These results made up the importance of early diagnosis of the disease and health promotion and prevention, providing a better quality of life reflecting in a better prognosis and greater chances of cure.
KEYWORDS: Adult health; Colorectal Neoplasms; Epidemiological monitoring.

1 | INTRODUÇÃO

O Câncer é considerado como uma doença multifatorial e a incidência de morbidade e mortalidade vem aumentando a cada ano pelo mundo todo. No ano de 2018 a estimativa mostrava que o câncer de pulmão era o de maior incidência no mundo (2,1 milhões de casos) seguido pelo câncer de mama (2,1 milhões), cólon e reto (1,8 milhões) e próstata (1,3 milhões). No Brasil o câncer é considerado a segunda causa de óbito na população adulta. O câncer de intestino abrange os tumores que se iniciam na parte do intestino grosso chamado cólon, e no reto e ânus. Também é chamado de câncer de cólon e reto ou colorretal. Na maioria dos casos existe uma grande chance de cura, sendo possível a realização de tratamentos e muitas vezes levando até a cura nos casos de detecção precoce. Os fatores de risco para o desenvolvimento da neoplasia podem estar relacionados com a idade, excesso de peso, má alimentação, histórico familiar (se há casos de câncer de cólon retal na família), histórico pessoal (se já possuiu alguma neoplasia), tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas. Algumas doenças inflamatórias intestinais também possuem relação com a neoplasia como, a reto colite ulcerativa crônica e doença de Crown. A doença em estágios mais avançados também pode apresentar alguns sinais e sintomas, sendo eles sangue nas fezes, mudanças intestinais (diarreia ou prisão de ventre), dor abdominal, fraqueza, anemia, perda de peso,

alteração no formato das fezes além da massa abdominal, tumoração. (INCA,2020).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (2020) tanto homens quanto mulheres são afetados pela doença, é considerado o segundo tipo de neoplasia mais comum entre as mulheres e o terceiro entre os homens.

As neoplasias colorretais na maioria das vezes são diagnosticadas e em muitos casos podem ser ressecadas endoscopicamente, o que nos mostra quanto à detecção precoce é importante, por meio de rastreamento é possível modificar o prognóstico da doença. (CREUZ D, 2016).

Portando esta pesquisa tem como objetivo elucidar os dados epidemiológicos sobre a morbidade e mortalidade por neoplasia maligna do Cólon e Reto no Brasil.

2 | METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritivo, retrospectivo, epidemiológico, de série histórica. Contemplam-se informações de dados sobre diagnósticos e óbitos do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) e dados demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Este estudo foi realizado com coleta de dados em bases secundários sobre a morbidade e mortalidade por neoplasia maligna do cólon no Brasil.

Os dados de morbidade e mortalidade por neoplasia maligna do cólon foram obtidos entre os meses de novembro de 2020 a janeiro de 2021, nos bancos de dados brasileiros: Painel-Oncologia (BRASIL, 2020) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (BRASIL, 2020) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Dados sobre estimativas populacionais serão obtidos no Instituto Brasileiro de Geografia (BRASIL, 2020).

Os coeficientes de incidência de neoplasia maligna do cólon foram obtidos por meio da divisão do número de diagnósticos da patologia pela população residente, multiplicado por 100.000. As taxas de mortalidade por neoplasia maligna do cólon foram obtidas por meio da divisão do número de óbitos por neoplasia maligna da próstata pela população total residente, multiplicado por 100.000.

Por se tratar de pesquisa que utiliza informações de acesso público, em banco de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual, este estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016)

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Incidência de Câncer de Cólon e Reto No Brasil (2013-2019)

Os dados obtidos por meio do banco de dados online e de acesso livre do sistema de informações de saúde do Departamento de informática do sistema único de saúde

(DATASUS) informam a respeito da incidência de Câncer de Neoplasia maligna do cólon e reto no Brasil e nas regiões brasileiras no período de 2013-2019 (Figura 1).

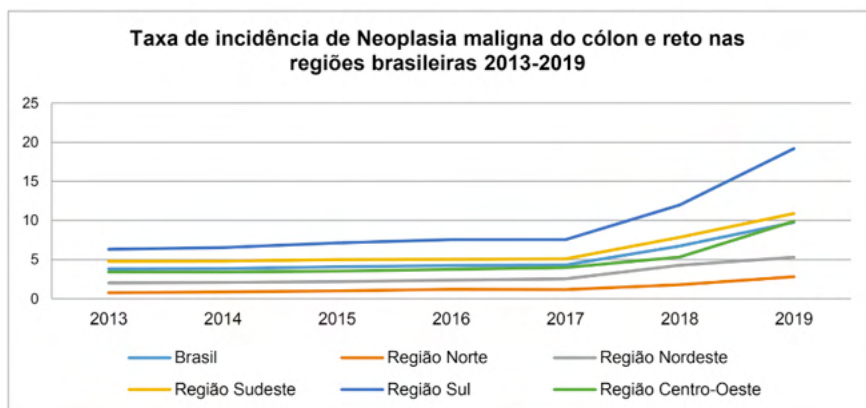



Figura 1:Análise do período (2013-2019) sobre a incidência de Neoplasia malignado cólon e reto no Brasil e nas regiões brasileiras.

Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2021.

O coeficiente brasileiro de incidência de neoplasia maligna do cólon aumentou 163,5% entre 2013 (3,8/100.000) e 2019 (9,8/100.000). Em 2019 foram 20.510 novos casos de neoplasia maligna do cólon e reto. Todas as regiões brasileiras apresentaram aumento superior a 100,0% deste coeficiente de incidência no mesmo período, com destaque para a região Sul, que apresenta maior coeficiente em 2019 (19,2/100.000).

O aumento da incidência da neoplasia maligna do cólon e reto na região Sul e Sudeste do Brasil pode estar relacionado com fatores ambiental e geográfico. A região sul é considerada uma das áreas de maior desenvolvimento, tanto industrial como populacional, o aumento também pode estar relacionado com o estilo de vida da população (MENEZES et al, 2016).

Em regiões menos desenvolvidas o aumento da taxa de incidência pode estar relacionado com vários fatores, alguns deles são a situação financeira do paciente, dificultando o acesso aos serviços de saúde aumentando a probabilidade do adoecimento, o nível de escolaridade também pode ser associado, a falta de conhecimento sobre a doença, os fatores de risco e os sintomas afetam diretamente a detecção precoce devido a falta da procura por exames e da busca por tratamento (SILVA, 2020).

A fim de ampliar a descrição dos dados, a tabela a seguir descreve a situação no Brasil regiões brasileiras e Unidades da Federação (Tabela 1).

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Brasil	3,8	3,8	4,1	4,2	4,3	6,7	9,8
Região Norte	0,8	0,9	1,0	1,2	1,1	1,8	2,8
Região Nordeste	2,0	2,1	2,2	2,4	2,5	4,3	5,3
Região Sudeste	4,8	4,8	5,0	5,0	5,1	7,8	10,9
Região Sul	6,3	6,5	7,1	7,6	7,5	12,0	19,2
Região Centro-Oeste	3,4	3,4	3,5	3,8	4,0	5,3	9,9

Tabela 1: Análise do período (2013-2019) sobre a incidência de neoplasia maligna do cólon e reto no Brasil e nas regiões brasileiras.

Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2021.

O cenário atual vem passando por mudanças epidemiológicas, a pandemia da COVID-19 afeta diretamente nos dados de incidência e mortalidade por câncer. Com base nos dados sobre a incidência de câncer colorretal no Brasil em 2020 observa-se um declínio considerável da doença em comparação aos anos anteriores.

Esta mudança pode estar relacionada com a dificuldade ao acesso as assistências de saúde e a falta de tratamento devido ao distanciamento social e o medo dos pacientes em contrair o vírus assim como a falta de registros fidedignos do número de pessoas diagnosticadas com a neoplasia. As dificuldades ao acesso estão relacionadas com as medidas de prevenção ao coronavírus, os serviços clínicos considerados não emergenciais não foram considerados essenciais, devido a este fato consultas oncológicas, tratamentos e cirurgias programadas foram desmarcadas ou adiadas, levando em conta a priorização de leitos hospitalares para os infectados com a COVID-19, sendo assim a demora e o atendimento não eficaz aumentam a morbidade e mortalidade por câncer com o passar do tempo. (ARAUJO, et al 2021).

Portanto métodos de melhorias ao acesso à saúde como centros especializados em câncer em países que apresentam grande índice de mortalidade como o Brasil, proporcionam detecções precoces e melhores opções de tratamento (SANTOS et al, 2017).

A seguir tabela da análise do ano de 2020 sobre a incidência de neoplasia maligna do cólon e reto no Brasil e nas regiões brasileiras (Tabela 2).

UF da residência	2020
Brasil	9,7
Região Norte	3,0
Região Nordeste	5,2
Região Sudeste	11,3
Região Sul	18,5
Região Centro-Oeste	8,6

Tabela 2.Análise do ano de 2020 sobre a incidência de neoplasia maligna do cólon e reto no Brasil e nas regiões brasileiras.

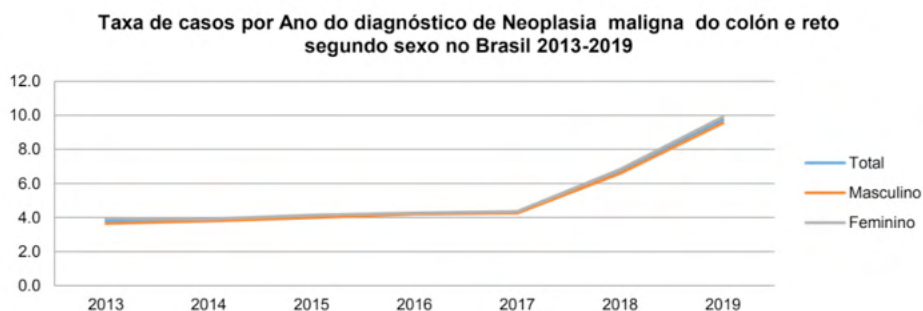
Apresentamos ainda a descrição dos casos de diagnóstico de Câncer de Cólon e Reto por sexo no período 2013-2019 (Figura 2).

Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2021.

Figura 2: Análise do período (2013-2019) dos casos de diagnóstico de Câncer de Cólon e Reto por sexo.

Segundo análise a incidência da neoplasia maligna do cólon e reto segundo sexo no Brasil é maior em mulheres (9,9/100.000 em 2019) do que em homens (9,6/100.000) em 2019).

Segundo estudos a diferença entre a incidência da neoplasia maligna do cólon e reto entre homens e mulheres pode estar relacionada com os hormônios femininos na tumorigênese colorretal, outros fatores também podem ter relação com o uso de contraceptivos orais e também reposição hormonal. (GASPARINI et al, 2018).

Os sintomas da doença diminuem a qualidade de vida tanto dos homens quanto das mulheres. Nas mulheres os sintomas apresentam-se como dor abdominal, boca seca, fadiga, perda de peso, problemas de defecação, levando a baixa autoestima e problemas de perspectivas futuras.Em homens observou-se também a fadiga, a perda peso, a falta de perspectivas futuras além da preocupação e dificuldades financeiras. (SILVAet al., 2017).

O aumento da incidência da neoplasia colorretal em mulheres também pode estar relacionado com a maior procura por assistências à saúde em comparação aos homens, permitindo que a partir dos registros seja realizado um controle mais eficaz dos números de diagnósticos pela doença. (CARNEIRO, ADJUTO, ALVES, 2019).

A tabela a seguir descreve a incidência da neoplasia maligna do cólon e reto segundo sexo no Brasil (Tabela 3).

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total	3,8	3,8	4,1	4,2	4,3	6,7	9,7
Masculino	3,6	3,8	4,0	4,2	4,3	6,6	9,6
Feminino	3,9	3,9	4,1	4,3	4,4	6,8	9,9

Tabela 3. Análise do período (2013-2019) a incidência da neoplasia maligna do cólon e reto segundo sexo no Brasil.

Esta neoplasia tem maiores coeficientes de incidência em idosos (50,2/100.000 entre 75 e 79 anos; 46,1/100.000 entre 70 e 74 anos; e 40,6/100.000 entre 65 e 69 anos).

Observa-se que a incidência do câncer de cólon e reto aumenta com o decorrer dos anos, tal afirmação está relacionado como o acúmulo dos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer como, fatores externos entre eles o uso prolongado do tabaco, uso excessivo de álcool, alimentação inadequada, sedentarismo, estando ligadas também ao comprometimento do sistema imune, levando a ineficácia ao combate da neoplasia devido à diminuição das células T e das células apresentadoras de antígenos. (BRAZ, 2018).

A taxa de incidência do câncer de cólon e reto é menor em crianças, adolescentes e jovens adultos, porém observamos mesmo que lentamente vem aumentando a cada ano, segundo estudos um dos possíveis fatores de risco seria o genético. Algumas intervenções são necessárias e consideradas eficazes como, usar os meios de comunicação levando a informação e o esclarecimento sobre o que é a doença e quais são os sintomas promovendo a efetividade do diagnóstico precoce assim melhorando o prognóstico da doença. (CAMPOS et al, 2017).

Apesar da taxa de incidência da neoplasia colorretal ser menor em crianças o câncer infantil desencadeia diversos problemas como ansiedade tanto por parte da criança como da família, estresse, sofrimento psicológico. Tais reações junto à doença desencadeiam riscos psicossociais interferindo assim no diagnóstico e nas estratégias de tratamento (CAPRINI, MOTTA, 2017).

A tabela a seguir descreve a análise de incidência da neoplasia maligna do cólon e reto por faixas etárias de crianças, adolescentes, adultos e idosos. (Tabela 4).

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total	3,8	3,8	4,1	4,2	4,3	6,7	9,7
0 a 19 anos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	1,2
20 a 24 anos	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1,0	2,3
25 a 29 anos	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	1,2	2,1
30 a 34 anos	1,1	0,9	0,8	1,1	1,0	1,6	2,8
35 a 39 anos	1,8	1,7	2,0	1,8	1,7	2,7	4,1
40 a 44 anos	3,1	2,9	3,5	3,5	3,2	4,4	6,2

45 a 49 anos	5,8	5,5	5,3	5,8	5,5	7,9	9,8
50 a 54 anos	8,2	8,1	8,2	8,3	8,7	12,2	16,3
55 a 59 anos	11,6	12,2	12,7	12,1	12,2	16,6	22,8
60 a 64 anos	16,4	16,3	17,6	17,9	16,5	23,5	33,3
65 a 69 anos	19,8	19,8	20,7	20,7	21,7	30,5	40,6
70 a 74 anos	21,8	21,6	21,0	21,9	23,0	32,2	46,1
75 a 79 anos	18,8	20,7	21,2	21,1	22,1	35,8	50,2
80 anos e mais	10,9	10,1	9,3	11,1	9,9	23,5	31,6

Tabela 4: Análise do período (2013-2019) de incidência da neoplasia maligna do cólon e reto por faixas etárias de crianças, adolescentes, adultos e idosos.

Obtivemos ainda a análise dos casos de diagnóstico de Câncer de Cólon e Reto no Brasil segundo Estadiamento (0, 1, 2, 3 e 4) no período de 2013-2019 (Figura 3).

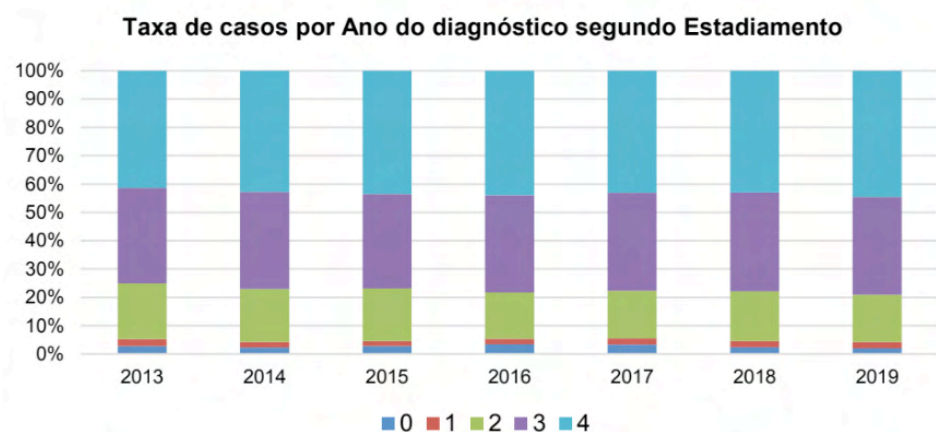



Figura 3: Análise do estadiamento do câncer de cólon e Reto 0,1,2,3 e 4 no período 2013-2019.

Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2021.

Verifica-se que, excluindo os casos com informação ignorada e os que não se aplicam, em 2019, 44,6% foram diagnosticados em estádio 4 e 34,5% em estádio 3, o que significa que o diagnóstico desta neoplasia é realizado, na maioria das vezes, em estágios avançados.

O estadiamento da neoplasia colorretal é primordial para detecção e tratamento precoce, possui como objetivo identificar as neoplasias em estágios iniciais, avaliar a localização e a extensão dos tumores, reduzindo a morbidade e a mortalidade pela doença. Utiliza-se o sistema TNM: T (tumor primário); N (linfonodos regionais); M (metástase à distância). (FARIA, NAKASHIMA, QUADROS, 2018).

Existem testes de rastreamento da neoplasia colorretal, dentre eles o mais conhecido é a colonoscopia, todavia outros testes como o CTC (tomografia computadorizada), RNM (ressonância nuclear magnética) tem sido mais utilizada por proporcionarem menores complicações e desconforto, caracterizados pela capacidade de identificar prováveis neoplasias de formas menos invasivas. (SOUZA, et al 2018).

Assim concluímos que o estadiamento é imprescindível para o tratamento da Neoplasia maligna colorretal, se precocemente detectado e quanto menor o estadio da doença melhor será o prognóstico. (LIMA et al., 2019).

A seguir tabela da análise período (2013-2019) de incidência da neoplasia maligna do cólon e reto segundo estadiamento (Tabela 5).

Estadiamento	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
0	153	126	159	214	215	163	146
1	133	104	102	122	141	141	165
2	1.060	1.022	1.071	1.023	1.088	1.179	1.223
3	1.824	1.870	1.926	2.155	2.235	2.340	2.528
4	2.235	2.342	2.507	2.751	2.794	2.886	3.264
Não se aplica	2.219	2.341	2.553	2.459	2.463	5.536	7.170
Ignorado	0	0	0	0	0	1.787	6.014

Tabela 5. Análise do período (2013-2019) de incidência da neoplasia maligna do cólon e reto segundo estadiamento.

3.2 Mortalidadepor Câncer de Cólon e Reto no Brasil (2013-2019)

Os dados obtidos por meio do banco de dados online e de acesso livre do sistema de informações de saúde do Departamento de informática do sistema único de saúde (DATASUS) informam a respeito da Mortalidade de Câncer de Neoplasia maligna do cólon e reto no Brasil e nas regiões brasileiras no período de 2013-2019 (figura 4).

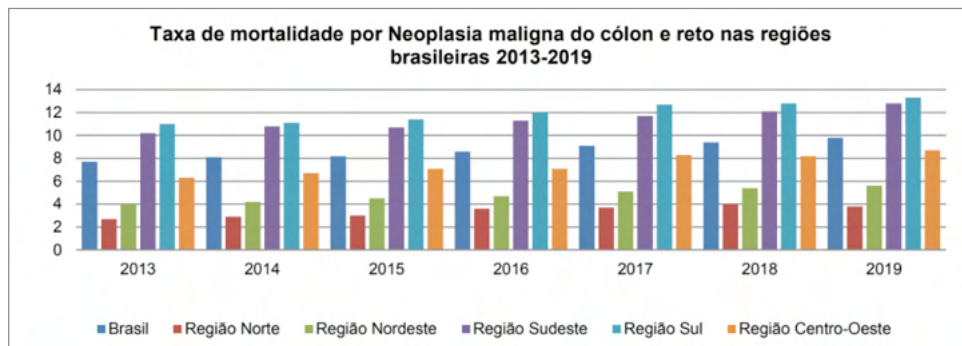



Figura 4: Análise da Taxa de mortalidade por neoplasia maligna do cólon e reto no Brasil segundo Regiões Brasileiras no período 2013-2019.

Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2021.

Observa-se o aumento da taxa de mortalidade por neoplasia maligna do cólon e reto nas regiões Sul (13,3%) e Sudeste (12,8%).

Com o passar do tempo o Brasil passou por diversas mudanças principalmente socioeconômicas, porém estas mudanças são desiguais. Existem diferenças regionais como área demográfica, epidemiologia, estilo de vida, entre outros. Observamos que nos estados Sul e Sudeste a taxa de mortalidade é maior se comparado a outros estados, esta diferença pode ser relacionada devido aos dois estados apresentarem um maior número de habitantes além da parte socioeconômica mais desenvolvida, sendo assim este desenvolvimento proporciona um estilo de vida diferente. Esta desigualdade também está presente nos serviços de saúde devido à falta de infraestrutura e a dificuldade em promover prevenção, diagnóstico e tratamento principalmente nas regiões menos desenvolvidas. (OLIVEIRA et al.,2018).

Enquanto as regiões Sul e Sudeste apresentam maiores taxas de mortalidade, regiões Norte e Nordeste demonstram taxas menores. O câncer é multifatorial, esta diferença esta relacionada com aspectos físicos, emocionais, genéticos, estilo de vida, alimentares, estudos mostram que o consumo de carne vermelha (um dos fatores de risco para o desenvolvimento da neoplasia) é maior na região Sul e Sudeste enquanto nas regiões Norte e Nordeste o consumo de peixe (carne mais saudável) prevalece. Fatores sociais também estão relacionados, a região Nordeste apresenta menor acessibilidade aos serviços de saúde, taxas de escolaridade baixa, outro problema identificado foi a falta de registros fidedignos do número real das notificações de incidência e mortalidade, identificando assim a necessidade de educação e orientação não apenas dos pacientes como também dos profissionais de saúde, auxiliando na prevenção, tratamento e no processo de diagnóstico adequado (PALMEIRA, 2020).

As causas para o desenvolvimento da neoplasia colorretal são multifatoriais podendo estar relacionada a vários fatores como, genética, sedentarismo, estilo de vida, alimentação, tabagismo, consumo excessivo de gorduras entre outros.

Sendo assim estudos realizados no Brasil nos anos de 2008 a 2013 sobre orçamentos familiares e Pesquisa Nacional de saúde apontam como um dos fatores para o desenvolvimento da doença em regiões mais precárias o difícil acesso das famílias aos alimentos saudáveis como, frutas, legumes, verduras, cálcio, vitaminas. A alimentação saudável é um dos métodos de prevenção, seu declínio sugere um grande risco para o desenvolvimento e aumento da mortalidade pela neoplasia colorretal. (BARROS et al, 2017).

A tabela a seguir descreve a análise da taxa de mortalidade por neoplasia maligna do cólon e reto no Brasil segundo Regiões Brasileiras no período 2013-2019 (tabela 6).

Região/Unidade da Federação	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Brasil	7,7	8,1	8,2	8,6	9,1	9,4	9,8
Região Norte	2,7	2,9	3	3,6	3,7	4	3,8
Região Nordeste	4	4,2	4,5	4,7	5,1	5,4	5,6
Região Sudeste	10,2	10,8	10,7	11,3	11,7	12,1	12,8
Região Sul	11	11,1	11,4	12	12,7	12,8	13,3
Região Centro-Oeste	6,3	6,7	7,1	7,1	8,3	8,2	8,7

Tabela 6.Análise da Taxa de mortalidade por neoplasia maligna do cólon e reto no Brasil segundo Regiões Brasileiras no período 2013-2019.

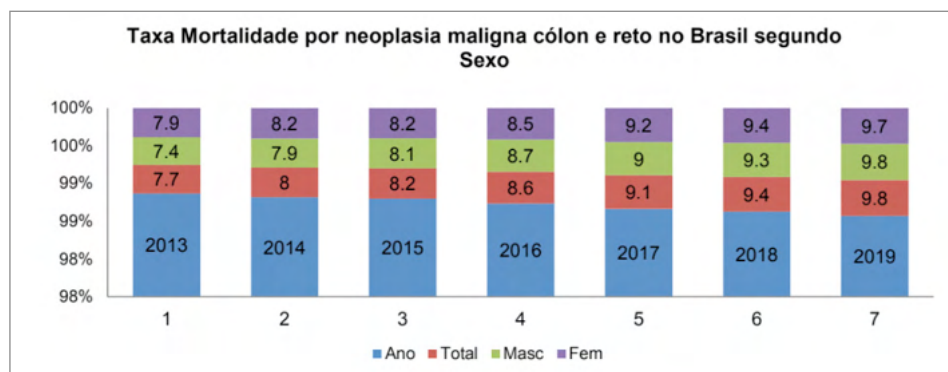
A figura a seguir indica a taxa de mortalidade por neoplasia maligna cólon e reto no Brasil segundo sexo no período de 2013-2019 (figura 5).

Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2021.

Figura 5:Análise da Taxa de mortalidade por neoplasia maligna do cólon e reto no Brasil segundo sexo no período 2013-2019.

Segundo os dados obtidos a mortalidade por neoplasia maligna do colón e reto foi maior em mulheres nos anos de (7,9/100.000 em 2013), (8,2/100.000 em 2014 e 2015), (9,2/100.000 em 2017) e (9,4/100.000 em 2018) do que em homens nos anos (7,4/100.000 em 2013), (7,9/100.000 em 2014), (8,1/100.000 em 2015), (9/100.000 em 2017) e (9,3/100.000 em 2018). Porém observamos que houve uma diferença nas taxas em 2016 e 2019 indicando o aumento da mortalidade pela neoplasia entre os homens (8,7/100.000 em 2016) e (9,8/100.000 em 2019) e um leve declínio na mortalidade entre as mulheres (8,5/100.000 em 2016) e (9,7/100.000 em 2019).

O aumento da mortalidade da neoplasia colorretal entre os homens também pode ser relacionado com a resistência na procura dos serviços de assistências à saúde.

Durante o estudo foi identificado que muitos homens sentem medo de realizar

exames preventivos, seja pela vergonha ou pelo medo do diagnóstico, outros relataram que se dedicam muitas vezes ao trabalho não sobrando tempo para acompanhamentos de saúde. Sendo assim a falta pela procura de serviços de saúde proporcionam o aumenta da probabilidade de mortalidade pela doença já que a possibilidade do diagnóstico precoce é menor nestes casos. (TEIXEIRA, CRUZ, 2016).

Outros fatores identificados foram o de hábitos de vida entre os homens, como consumo de álcool e tabaco. (VALLE, TURRINI, POVEDA, 2017).

O presente estudo mostra que a neoplasia maligna de cólon e reto vem aumentando a cada ano tanto em mulheres quanto em homens.

É de extrema importância métodos de intervenção que promovam a saúde e levam a busca pelo rastreamento e ao diagnóstico precoce da doença, como vídeos, intervenções coletivas, levando para a população o conhecimento sobre o que é e como a doença se desenvolve. (SCANDIUZZI, CAMARGO, ELIAS, 2019).

A seguir tabela da análise da Taxa de mortalidade por neoplasia maligna do cólon e reto no Brasil segundo sexo no período 2013-2019.

Sexo	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total	7,7	8	8,2	8,6	9,1	9,4	9,8
Masculino	7,4	7,9	8,1	8,7	9,1	9,3	9,8
Feminino	7,9	8,2	8,2	8,5	9,2	9,4	9,7

Tabela 7. Taxa de mortalidade por neoplasia maligna do cólon e reto no Brasil segundo sexo no período 2013-2019.

Há aumento significativo da taxa de mortalidade pela neoplasia maligna do cólon e a partir dos 60/64 anos (35,1 %), sendo que a mortalidade é maior em idosos com 80 anos ou mais (107,2%).

Já em crianças à jovens adultos a taxa de mortalidade é menor, quase nula.

A mortalidade da neoplasia colorretal em jovens é menor se comparada com os idosos, mas observa-se um aumento durante os anos, este fato está relacionado a um entendimento errôneo sobre a doença e seu risco. Quando os sintomas surgem à doença já está avançada devido a demora do diagnóstico diminuindo a possibilidade de tratamento e cura. Pensando em intervenções que possam mudar o prognóstico da doença algumas medidas podem ser realizadas como, campanhas educativas (CASSIMIRO et al.,2018).

Segundo estudos os idosos acometidos com a neoplasia colorretal apresentam mais sintomas psicológicos do que os jovens já que muitas vezes outros fatores podem estar relacionados, como o medo da morte. Muitos pacientes idosos ao longo dos anos possuem uma incidência maior de doenças prévias e multicomorbidades. Também foi observado que apesar do medo pacientes idosos tendem a ser menos queixosos que os jovens em relação a dor, afirma-se que está diferença está ligada ao fato de que pacientes idosos devido a

associação com as doenças prévias possuem maiores experiências com a percepção dolorosa. (MOURA et al, 2020).

Observamos que pacientes em idade superiores à 50 anos possuem maior risco de mortalidade por neoplasia colorretal, porém há casos de diagnósticos que apontaram a doença em pessoas com idade inferior de 30 anos. Tal fato está ligado ao fator hereditário, segundo estudos pacientes com parentes de primeiro grau diagnosticados com o câncer possuem o risco maior de desenvolver a doença devido a isto a busca pelo rastreamento da neoplasia vem muitas vezes acontecendo antes dos 50 anos de idade. (PÉREZ, 2019).

A seguir tabela demonstrativa sobre a taxa Mortalidade por neoplasia maligna cólon e reto no Brasil segundo Faixa Etária no período 2013-2019.

Faixa Etária	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total	7,7	8,1	8,2	8,6	9,1	9,4	9,8
1 a 4 anos	0	0	0	0	0	0	0
5 a 9 anos	0	0	0	0	0	0	0
10 a 14 anos	0	0	0	0	0	0	0
15 a 19 anos	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
20 a 24 anos	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2
25 a 29 anos	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5
30 a 34 anos	1,2	1,1	1	1,2	1,1	1,1	1,1
35 a 39 anos	1,6	2,1	2,2	2	1,9	2,2	2,1
40 a 44 anos	3,5	3,4	3,5	3,8	3,7	3,8	3,7
45 a 49 anos	6,2	5,8	6,3	6,3	6,7	6,5	6,4
50 a 54 anos	10,7	9,5	10,3	9,9	11	11,3	12
55 a 59 anos	16,1	16,8	15,7	17,3	17,4	16,8	17,4
60 a 64 anos	24	24,3	25,7	26,5	26,4	26,5	27,4
65 a 69 anos	34,9	35,2	35,1	36,4	37,3	38	39,4
70 a 74 anos	49	50,6	45,7	49,1	51	51,9	52,6
75 a 79 anos	63,4	67,7	68,2	67,9	71,3	71,3	70,7
80 anos e mais	100,2	107,2	102,8	102,8	107,3	107,2	107,5

Tabela 8. Taxa Mortalidade por neoplasia maligna cólon e reto no Brasil segundo Faixa Etária no período 2013-2019.

4 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Câncer é uma doença multifatorial, os números de casos e a mortalidade pela doença vêm aumentando a cada ano no mundo todo.

A presente pesquisa levanta dados sobre a crescente incidência e mortalidade da neoplasia maligna do cólon e reto no Brasil, principalmente entre idosos entre 65 e 80 anos, na população do sexo feminino, assim como detalha o aumento entre os estados Sul e Sudeste do País.

Observa-se também o diagnóstico tardio da doença, possivelmente relacionado com a demora a procura dos serviços de saúde e muitas vezes pela ausência de sintomas já que seu aparecimento é muito comum em estádios avançados da doença, diagnosticados em sua maioria em estagio IV quando os tumores penetram nos órgãos adjacentes, geralmente metastáticos diminuindo o índice de cura e sobrevivência.

Tais informações comprovam a importância do diagnóstico precoce da doença e da promoção e prevenção à saúde, além do fortalecimento dos serviços de saúde que devem proporcionar uma melhor qualidade de vida e tratamentos eficazes ao paciente, assim refletindo em um melhor prognóstico e maiores chances de cura.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Sérgio Eduardo Alonso *et al.* Impacto da COVID-19 sobre o atendimento de pacientes oncológicos: experiência de um centro oncológico localizado em um epicentro Latino-Americano da pandemia. **Einstein, 2021.**n. 19, p. 1-8. Disponível em: https://www.scielo.br/j/eins/a/VFchpPrYBTJBmDgrbPpFFtk/?lang=pt. Acesso em 19 Jun. 2021.

BARROS, Mariana Castro. EVOLUÇÃO da mortalidade por câncer de fígado e colorretal segundo sexo e regiões do brasil de 1990 a 2014. **Revista Ceuma Perspectivas, 2017**. v. 29, n. 1, p. 64. Disponível em: http://www.ceuma.br/portalderevistas/index.php/RCCP/article/view/64. Acesso em 25 Jun. 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva estimativa 2020: Incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf. Acesso em: 23 de Maio. 2020.

BRASIL. SBC Sociedade Brasileira de Cancerologia**.Alguns** números do câncer no Brasil e no mundo, 2016.Disponível em http://www.sbcancer.org.br/alguns-numeros-do-cancer-no-brasil-e-no-mundo. Acesso: 17 de out. 2020.

Brunner&Suddarth. Manual de enfermagem médico cirúrgica. **Grupo GEN 14ª Ed, 2019.** Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527735162/. Acesso em: 06 Mar. 2021.

CAMPOS, Fábio Guilherme C. M. de *et al.* Incidência de câncer colorretal em pacientes jovens. **Rev. Col. Bras. Cir, 2017.**v. 44, n. 2, p. 208-215. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rcbc/a/JvGmKbKW5F8TGSr3WnYDcKG/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 7 Jun. 2021.

CAPRINI, Fernanda Rosalem, MOTTA, Alessandra Brunoro. Câncer infantil: uma análise do impacto do diagnóstico. **Revista Psicologia: Teoria e Prática, 2017**,v.19, n. 2, p. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872017000200009. Acesso em: 13 Jun. 2021.

CARNEIRO, Viviane Santos Mendes, ADJUTO, Raphael Neiva Praça, ALVES, Kelly Aparecida Palma. Saúde do homem: identificação e análise dos fatores relacionados à procura, ou não, dos serviços de atenção primária. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR, Umuarama, 2019**. v. 23, n. 1, p. 35-40. Disponível em: https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6521. Acesso em 26 Jun. 2021.

CASIMIRO, Emerson Célio Da Nóbrega *etal.***Fatores de risco, diagnóstico e tratamento do câncer colorretal: uma revisão da literatura.Anais III CONBRACIS realize Editora, 2018.** Disponível em: https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/41081. Acesso em: 13 Jun. 2021.

CREUZ, Débora*etal.*Análise comparativa das indicações e achadoscolonoscópios em pacientes menores e maiores de 50 anos. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 45, n. 1, p. 37-47, 2016. Disponível em: https://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/60. Acesso em: 25 set. 2020.

ERRANTE, Paolo Ruggero, SILVA, Marcio. Câncer Colorretal: Fatores de Risco, Diagnóstico e tratamento. **Revista Unilus, 2016**, v. 13, n. 33, p. 133 – 140. Disponível em: http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/viewFile/765/u2016v13n33e765. Acesso em: 15 de Maio. 2020.

FARIA, Luiza Dib Batista Bugiato, NAKASHIMA, Juliano de Pádua, QUADROS, Claudio de Almeida. Câncer de Reto. **Diretrizes oncológicas, 2018.** v. 2, p. 281-288. Disponível em: https://diretrizesoncologicas.com.br/download/. Acesso em 20 Jun. 2021.

FELISBERTO, Yasmin dos Santos *et al.* Câncer colorretal: a importância de um rastreio precoce. **Revista eletrônica acervo saúde, 2021.** v. 13, n. 4, p. 2091-2178. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/7130. Acesso em: 20 Mai. 2021.

FUINI, Beatriz Aparecida Cruz, et al. Mudanças nos paradigmas do câncer colorretal: As razões para o aumento da incidência e ocorrência em faixas etárias mais jovens. **III CIPEEX – Ciência para a redução das desigualdades, 2018.** v. 2, n. 10, p. 1053-1061. Disponível em: http://anais.unievangelica.edu.br/index.php/CIPEEX/article/view/2885. Acesso em: 04 Out. 2020.

GASHTIS, *et al.* Câncer colorretal: principais complicações e a importância do diagnóstico precoce. **Revista eletrônica Acervo Saúde, 2021,** v. 13, n. 4, p. e6888. Disponível em:Câncer colorretal: principais complicações e a importância do diagnóstico precoce I Revista Eletrônica Acervo Saúde (acervomais.com.br). Acesso em: 27 Jun. 2021.

GASPARINI, Brenda *et al.* Análise do efeito idade-período-coorte na mortalidade por câncer colorretal no estado do Rio de Janeiro, Brasil. No período 1980 **à** 2014. **Cad. Saúde pública,** v. 34, n. 3, 2018. Disponível em: https://scielosp.org/article/csp/2018.v34n3/e00038017/pt/. Acesso em: 12 Mai. 2021.

GROSSMAN, Porth – **Fisiopatologia**. Grupo GEN, 2015. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-277-2839-3/. Acesso em: 06 Mar. 2021.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: **incidência do câncer no Brasil. 2019. Rio de Janeiro**: Inca; 2019. Disponível em: https://bit.ly/38MyYUb. Acesso em: 15 de out. 2020.

LIMA, Jéssica Ferreira de *et al.* Câncer colorretal, diagnóstico e estadiamento: Revisão de literatura. **Arquivos do MUDI, 2019,**v. 23, n. 3, p. 315-329, 2019. Disponível em: https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ArqMudi/article/view/51555. Acesso em: 16 Mai. 2021.

MALLMANN, Giovanna Delacoste*et al.* Câncer Colorretal. **Acta médica, Porto Alegre, 2017,** v. 38, n. 7. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/883215/ca-colorretal-finalb_rev.pdf. .Acesso em:17 de out. 2020.

MENEZES, Camila Costa Santos de *et al*. Câncer Colorretal na população brasileira: taxa de mortalidade no período de 2005-2015. **Universidade Tiradentes-UNIT – Aracajú (SE) – Brasil, 2016.**v. 29, n. 2, p. 172-179. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/02/827496/3-artigo-cancer-colorretal-camila.pdf. Acesso em: 14 Mai. 2021.

MORAES, Paiva E. ,BRITO, T, Lima D.FAVA, NASCIMENTO, M. Perfil dos atendimentos oncológicos de uma macrorregião de saúde brasileira.**Av. Enfe. 2020,** v. 38, n. 2, p. 149-158. Disponível em: http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v38n2/0121-4500-aven-38-02-149.pdf. Acesso: 18 de out. 2020.

MOURA, Silmara Fernandes *et al.* Padrão Sintomatológico em Pacientes do Câncer Colorretal de acordo com a Idade. **Revista Brasileira de Cancerologia, 2020.** v. 66, n. 1, p. 139-144.Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/474. Acesso em: 20 Jun. 2021.

OLIVEIRA, Max Moura de *et al.* Disparidades na mortalidade de câncer colorretal nos estados brasileiros**. RevBrasEpidemiol, 2018.**v. 21, p. e180012. Disponível em: https://scielosp.org/pdf/rbepid/2018.v21/e180012/pt. Acesso em: 05 Jun. 2021.

OPPERMANN,Cristina Pimentel. **Entendendo o câncer.** Grupo A, 2014. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582710524/. Acesso em: 06 Mar. 2021.

PALMEIRA, Isabella Paiva *etal.*Evolução comparativa e temporal das tendências de mortalidade por Câncer Colorretal em Sergipe e Nordeste no período de 2008 a 2018. **Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, 2020,** v. 3, n. 4, p. 9058-9074. Disponível em: https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/13712/11485. Acesso em: 14 Jun. 2021.

PÉREZ, Luis Arturo Pacheco *et al.* Fatores ambientais e conscientização sobre o câncer colorretal em pessoas com risco familiar. **Ver. Latino AM. Enfermagem, 2019.** v. 21. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100375. Acesso em: 24 Jun. 2021.

PIRES, Maria Eugênia de Paula *et al*. Rastreamento do câncer colorretal: revisão de literatura. **Brazilian Journal of health review, 2021.** v. 4, n. 2, p. 6866-6881. Disponível em: https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/27362. Acesso em: 18 Mai. 2021.

RODRIGUES, Andrea Bezerra, OLIVEIRA, Patrícia Peres. **Oncologia para enfermagem:** Editora Manole, 2016. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520452066. Acesso em: 06. Mar. 2021.

ROZENDO, Jefferson F; OCHOTERENA, Sonia Almeida P; MENDONÇA, Tamisa A. Políticas públicas de assistência social: atenção a saúde coletiva e individual. Saúde no Brasil formação acadêmica práticas e exercícios da **profissão,**v. 1, p. 485-502, 2018. Disponível em: http://me.precog.com.br/bc-texto/obras/2019-pack-023.pdf. Acesso em: 29 de Set. 2020.

SANTOS, Andréia Pereira dos *et al.* Tendência da Mortalidade por Câncer Colorretal no Estado do Paraná e no Município de Foz do Iguaçu, 1980 a 2013**. Rev. bras. cancerol, 2017.**v. 63, n. 2, p. 87-93. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-905865. Acesso em: 232 Jun. 2021.

SANTOS, Marceli de Oliveira. Incidência de câncer no Brasil. Estimativa 2018, **revista brasileira de cancerologia, 2018,** v. 64, n. 1, p. 119 – 120. Disponível em: https://www.semanticscholar.org/paper/Estimativa-2018%3A-Incid%C3%AAncia-de-C%C3%A2ncer-no-Brasil-Santos/4611d934dedf4f0635a48c1e7b4c6a69a279804c. Acesso em: 10 Out. 2020.

SCANDIUZZI, Maria Cristina de Paula, CAMARGO, Erika Barbosa, ELIAS,Flavia Tavares Silva. Câncer Colorretal no Brasil: perspectivas para detecção precoce. Brasília **Med, 2019.** V. 56, p. 8-13. Disponível em: http://rbm.org.br/details/289/pt-BR/cancer-colorretal-no-brasil--perspectivas-para-deteccao-precoce. Acesso em: 26 Jun. 2021.

SILVA, Marcos José Risuenho Brito *etal.*Características sócio demográficas e clínicas de pessoas adoecidas por câncer colorretal submetidas ao tratamento cirúrgico. **Research, SocietyandDevelopment,2020,** v. 9, n. 8, p. 527-985-829. Disponívelem: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5829. Acesso em: 14 Jun. 2021.

SOUZA, Gleim Dias de et al. Métodos de imagem no estadiamento pré e pós operatórios do câncer colorretal. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, 2018**, v. 31, n. 02. Disponível em: https://www.scielo.br/j/abcd/a/psr4t6K9fGYsx3rpgChCtPJ/?lang=pt#. Acesso em: 20 Jun. 2021.

TEIXEIRA, Danilo Boa Sorte, CRUZ, Silvana Portella Lopes. Atenção à saúde do homem: análise da sua resistência na procura nos servições de saúde. **Revista Cubana de Enfermería, 2016.** v. 32, n. 4, p. ISSN 1561-2961. Disponível em: http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/985/209. Acesso em 25 Jun. 2021.

TRINQUINATO, Isadora *et al.*Diferenças de gênero na percepção de qualidade de vida em pacientes com câncer colorretal. **Investigación Y Educación Em Enfermería, 2017,** v. 35, n. 3, p. 320-329. Disponível em:https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/329207. Acesso em: 14 Jun. 2021.

VALLE, Thaína Dalla, TURRINI, Ruth Natalia Teresa, POVEDA Vanessa de Brito. Fatores intervenientes para o início do tratamento de pacientes com câncer de estômago e colorretal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2017**. v. 25, p. 28-79. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/VqbXv3GwM4WJS6qtj9wVKKd/?lang=pt. Acesso em: 22 Jun. 2021.

CAPÍTULO 10

TRANSTORNO DE ANSIEDADE E FOBIA SOCIAL ENTRE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/10/2021
Data de submissão: 13/08/2021

João Emanuel Ribeiro Santos
Fundação Educacional do Município de Assis
Assis – São Paulo
ORCID https://orcid.org/0000-0002-2501-5765

Daniel Augusto da Silva
Fundação Educacional do Município de Assis
Assis – São Paulo
ORCID https://orcid.org/0000-0002-2716-6700

RESUMO: Objetivo: Investigar a ocorrência de Transtorno de Ansiedade e de Fobia Social em estudantes universitários de Enfermagem em instituição de ensino superior de cidade do centro-oeste do estado de São Paulo. **Métodos:** Estudo observacional, transversal, de abordagem quantitativa, realizado no curso de enfermagem da Fundação Educacional do Município de Assis. Através de questionário semiestruturado, composto por questões objetivas que versam a respeito de variáveis sociodemográficas, para caracterização dos participantes. Para dados sobre a ansiedade, foram aplicados *o Inventário de Ansiedade de Beck e o Inventário de Ansiedade e Fobia Social.* **Resultados:** Participaram desta pesquisa 31 estudantes matriculados no curso de graduação em Enfermagem da Fundação Educacional do Município de Assis (FEMA). Sendo 6% do sexo masculino e grande predominância no sexo feminino, sendo 94%. Na análise dos participantes em relação ao resultado do Inventário de Ansiedade de Beck, observamos que a maioria obteve pontuação para ansiedade nos diversos graus de ansiedade. Já em relação ao resultado para Fobia Social, observamos que a maioria obteve pontuação para provável Fobia Social (13; 41,9%). E por fim relacionando a Agorafobia, observamos que do total de participantes a maioria obteve pontuação para transtorno de pânico improvável (23; 74,2%). **Conclusão:** Os resultados encontrados nos afirmam que pessoas que desenvolvem os transtornos de ansiedade, incluindo a fobia social, estão vulneráveis a prejuízos em sua formação profissional e na prática profissional de Enfermagem e investigação dessa condição, por meio de rastreamento, auxilia no estabelecimento do diagnóstico de forma precoce, ação que surte benefícios para o estudante e futuro profissional enfermeiro por propiciar tratamento em tempo oportuno.

PALAVRAS-CHAVE: Ansiedade, fobia social, agorafobia

ANXIETY DISORDER AND SOCIAL PHOSIA AMONG COLLEGE NURSING STUDENTS

ABSTRACT: Objective: To investigate the occurrence of Anxiety Disorder and Social Phobia in nursing university students at a higher education institution in a city in the midwest of the state of São Paulo. Methods: Observational, cross-sectional study with a quantitative approach, carried out in the nursing course of the Educational Foundation of the Municipality of Assis. Through a semi-structured questionnaire, consisting of objective questions that deal with

sociodemographic variables, to characterize the participants. For data on anxiety, the Beck Anxiety Inventory and the Social Phobia Anxiety Inventory were issued. Results: Thirty-one students enrolled in the Nursing Undergraduate Course of the Educational Foundation of the Municipality of Assis (FEMA) participated in this research. Being 6% male and a great predominance of females, being 94%. In the analysis of the participants in relation to the result of the Beck Anxiety Inventory, we observed that the scores obtained for anxiety in different degrees of anxiety. Regarding the result for Social Phobia, we observed that the score likely score for Social Phobia (13; 41.9%). Finally, relating Agoraphobia, we observed that from the total number of participants, the score obtained was unlikely panic disorder (23; 74.2%). Conclusion: The results found us that people who develop anxiety disorders, including a social phobia, are vulnerable to losses in their professional training and professional nursing practice and investigation of this condition, through screening, helps to establish early diagnosis, an action that brings benefits to the student and future professional nurse by providing timely treatment.
KEYWORDS: Anxiety, social phobia, agoraphobia

1 I INTRODUÇÃO

A ansiedade é definida como um estado de humor desagradável, apreensões negativas ligadas a situações futuras e inquietações que geram desconfortos, a ansiedade inclui algumas manifestações corporais como: dores de cabeça, falta de ar, batimentos cardíacos acelerados, tremores, tontura, suor, formigamento, sensações de enjoo e até mesmo diarreia. Inclui também manifestações psicológicas como: inquietações, inseguranças, insônia, irritações, desconforto mental e falta de concentração. A ansiedade também é caracterizada como uma resposta a uma ameaça desconhecida interna, vaga e conflituosa. A apresentação da ansiedade varia de acordo com o período do desenvolver da adolescência, é mais comum em adolescentes encontrar a ansiedade com relação a competência de ameaças desconhecidas e situações do dia a dia. De certa forma todos experimentam a ansiedade, ela é um sinal de alerta que indica perigo iminente e capacita o indivíduo para lidar com futura ameaça (FILHO e SILVA, 2013).

Existem vários transtornos de ansiedade, que incluem quadros de síndrome do pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, fobia social, fobia especifica, estresse pós-traumático e agorafobia (BRITO, 2011).

Ao escolherem uma vida profissional nessa fase surgem inúmeros questionamentos. Dúvidas, medos, incertezas se tornam frequentes e quem encontra-se na fase de vida acadêmica precisa de confiança e apoio para que possam tomar decisões. Os jovens universitários estão sujeitos a apresentarem ansiedades ao ingressarem a vida acadêmica e durante a graduação, podendo até gerar quadros mais graves (TOTI et al; 2018).

Este estudo tem por objetivo investigar a ocorrência de Transtorno de Ansiedade e de Fobia Social em estudantes universitários de Enfermagem em instituição de ensino superior de cidade do centro-oeste do estado de São Paulo.

2 I METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, transversal, de abordagem quantitativa, realizado em instituição de ensino superior de cidade do centro-oeste do estado de São Paulo.

A amostra, de caráter aleatório, por conveniência, foi definida pelo consentimento voluntário em participar.

A coleta dos dados ocorreu por meio eletrônico, utilizando a ferramenta “Formulários Google”. O formulário foi construído com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido na primeira página, e a obrigatoriedade de clicar em “Aceito Participar Voluntariamente” para permissão de acesso ao instrumento e emissão de opinião/avaliação do mesmo, de modo que possibilita a obtenção do consentimento.

Para acesso a este formulário, enviamos uma carta-convite para a população do estudo, via e-mail e por mensagens nos grupos do aplicativo de mensagens “WhatsApp”, grupos esses já existentes.

O questionário semiestruturado foi composto por questões objetivas que versaram a respeito de variáveis sociodemográficas, para caracterização dos participantes. Para dados sobre a ansiedade, foram aplicados o Inventário de Ansiedade de Beck e o Inventário de Ansiedade e Fobia Social.

O Inventario de Ansiedade de Beck, é um questionário no qual o entrevistado se auto relata através de 21 questões, usada para avaliar a ansiedade em pacientes clínicos e não clínicos. Cada pergunta possui 4 respostas e recebem avaliação de 0 a 3, onde uma resposta de valor 3 indica mais ansiedade, os sintomas com menos frequência varia de 1 e 2, e a ausência de sintoma classifica-se com 0. Após concluir o questionário é analisado os resultados e quando se obtém 26 a 63 a pessoa é diagnosticada com ansiedade severa, já de 16 a 25 é classificada como moderada, a leve é de 8 a 15 e uma pessoa com a ausência de ansiedade é classificada 0 e 7.

O Inventário de Ansiedade e Fobia Social é um inventário de autorrelato utilizado para o rastreamento de casos de provável fobia social, quantificação de gravidade de sintomas e avaliação da eficácia terapêutica. Ele contém 45 itens, sendo 32 de fobia social e 13 de agorafobia. Subtraindo o escore de agorafobia do escore de fobia social obtém-se o escore diferencial do SPAI para a fobia social. O ponto de corte mais discriminativo é igual ou superior a 80 pontos para a fobia social e igual ou superior a 39 pontos para a agorafobia (PICON et al., 2005).

Os dados coletados foram analisados utilizando análise estatística descritiva e inferencial por meio de testes estatísticos específicos, e conforme instruções dos autores dos instrumentos.

3 I RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 31 (25,0%) dos 124 (100,0%) estudantes matriculados no curso de graduação em Enfermagem da referida instituição.

Sobre a caracterização dos mesmos, a Tabela 1 expõe esses dados.

Característica	Nível	n (%)
Sexo	Feminino	29 (93,5)
	Masculino	2 (6,5)
Orientação Sexual	Heterossexual	28 (90,3)
	Homossexual	2 (6,5)
	Bissexual	1 (3,2)
Idade	18 - 20 anos	7 (22,6)
	21 – 30 anos	16 (51,6)
	31 – 40 anos	5 (16,1)
	>41 anos	3 (9,7)
Cor ou Raça/Etnia	Branco	20 (64,5)
	Parda	10 (32,3)
	Amarela	1 (3,2)
Estado Civil	Solteiro	21 (67,7)
	Casado	8 (25,8)
	Separado	2 (6,5)
Número de Filhos	0 – Filhos	24 (77,4)
	1 – Filho	4 (12,9)
	2 – Filhos	3 (9,7)
Condição de Moradia	Pais/Outros Familiares	19 (61,3)
	Cônjuge/Companheiro	8 (25,8)
	Acompanhado	2 (6,5)
	Sozinho	2 (6,5)
Renda Familiar	Até 1 salário mínimo	2 (6,5)
	De 1 a 2 salários	16 (51,6)
	De 2 a 3 salários	10 (32,3)
	Mais de 5 salários	3 (9,7)
Religião	Evangélica	18 (58,1)
	Católica	12 (38,7)
	Espirita	1 (3,2)
Diagnostico doença física	Não	28 (90,3)
	Sim	3 (9,7)
Transtorno mental	Não	26 (83,9)
	Sim	5 (16,1)

Tabela 1. Caracterização dos estudantes participantes da pesquisa (n = 31). Assis, SP, Brasil, 2021.

Na análise dos participantes em relação ao resultado do Inventário de Ansiedade de Beck, observamos que a maioria obteve pontuação para ansiedade nos diversos graus de ansiedade. A informação completa sobre esse estado é apresentada na Tabela 2.

Característica	n (%)	Inventário de Ansiedade de Beck			
		Ausência de ansiedade	Ansiedade leve	Ansiedade moderada	Ansiedade severa
Total	31 (100,0)	13 (41,9)	6 (19,4)	6 (19,4)	6 (19,4)
Sexo					
Feminino	29 (93,5)	12 (41,4)	6 (20,7)	5 (17,2)	6 (20,7)
Masculino	2 (6,5)	1 (50,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	0 (0,0)
Orientação Sexual					
Heterossexual	28 (90,3)	12 (42,9)	6 (21,4)	6 (21,4)	4 (14,3)
Homossexual	2 (6,5)	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (50,0)
Bissexual	1 (3,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)
Cor ou raça/etnia					
Branca	20 (64,5)	7 (35,0)	4 (20,0)	5 (25,0)	4 (20,0)
Parda	10 (32,3)	5 (50,0)	2 (20,0)	1 (10,0)	2 (20,0)
Amarela	1 (3,2)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Estado Civil					
Solteiro	21 (67,7)	8 (38,1)	4 (19,0)	5 (23,8)	4 (19,0)
Casado	8 (25,8)	4 (50,0)	2 (25,0)	0 (0,0)	2 (25,0)
Separado	2 (6,5)	1 (50,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	0 (0,0)
Número de filhos					
0 Filhos	24 (77,4)	9 (37,5)	4 (16,7)	5 (20,8)	6 (25,0)
1 Filho	4 (12,9)	3 (75,0)	1 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
2 Filhos	3 (9,7)	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	0 (0,0)
Condição de moradia					
Pais/familiares	19 (61,3)	7 (36,8)	4 (21,1)	4 (21,1)	4 (21,1)
Conjugue	8 (25,8)	4 (50,0)	2 (25,0)	0 (0,0)	2 (25,0)
Acompanhado	2 (6,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	0 (0,0)
Sozinho	2 (6,5)	2 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Salário mínimo					
Até 1	2 (6,5)	0 (0,0)	2 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
De 1 a 2	16 (51,6)	4 (43,8)	1 (6,3)	3 (18,8)	5 (31,3)
De 2 a 3	10 (32,3)	4 (40,0)	2 (20,0)	3 (30,0)	1 (10,0)
Mais de 5	3 (9,7)	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Religião					
Evangélica	18 (58,1)	9 (50,0)	5 (27,8)	4 (22,2)	0 (0,0)
Católica	12 (38,7)	4 (33,3)	1 (8,3)	2 (16,7)	5 (41,7)
Espirita	1 (3,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)

Doença física					
Não	28 (90,3)	12 (42,9)	5 (17,9)	6 (21,4)	5 (17,9)
Sim	3 (9,7)	1 (33,3)	1 (33,3)	0 (0,0)	1 (33,3)
Transtorno mental					
Não	26 (83,9)	12 (46,2)	4 (15,4)	6 (23,1)	4 (15,4)
Sim	5 (16,1)	1 (20,0)	2 (40,0)	0 (0,0)	2 (40,0)

Tabela 2. Resultados para Inventário de Ansiedade de Beck (n = 31). Assis, SP, Brasil, 2021.

Na análise dos participantes em relação ao resultado para Fobia Social, observamos que a maioria obteve pontuação para provável Fobia Social (13; 41,9%). A informação completa sobre esse estado é apresentada na Tabela 3.

Característica	n (%)	Fobia Social			
		Fobia Social Improvável	Possível Fobia Social Leve	Possível Fobia Social	Provável Fobia Social
Total	31(100,0)	3 (9,7)	6 (19,4)	9 (29,0)	13 (41,9)
Sexo					
Feminino	29 (93,5)	2 (6,9)	6 (20,7)	8 (27,6)	13 (44,8)
Masculino	2 (6,5)	1 (50,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	0 (0,0)
Orientação Sexual					
Heterossexual	28 (90,3)	2 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Homossexual	2 (6,5)	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (50,0)
Bissexual	1 (3,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)
Cor ou raça/etnia					
Branca	20 (64,5)	2 (10,0)	3 (15,0)	7 (35,0)	8 (40,0)
Parda	10 (32,3)	1 (10,0)	3 (30,0)	1 (10,0)	5 (50,0)
Amarela	1 (3,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)
Estado Civil					
Solteiro	21 (67,7)	2 (9,5)	4 (19,0)	5 (23,8)	10 (47,6)
Casado	8 (25,8)	1 (12,5)	2 (25,0)	2 (25,0)	3 (37,5)
Separado	2 (6,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	2(100,00)	0 (0,0)
Número de filhos					
0 Filhos	24 (77,4)	3 (12,5)	5 (20,8)	5 (20,8)	11 (45,8)
1 Filho	4 (12,9)	0 (0,0)	1 (25,0)	1 (25,0)	2 (50,0)
2 Filhos	3 (9,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (100,0)	0 (0,0)
Condição de moradia					
Pais/familiares	19 (61,3)	2 (10,5)	4 (21,1)	4 (21,1)	9 (47,4)
Cônjuge/ companheiro	8 (25,8)	1 (12,5)	2 (25,0)	2 (25,0)	3 (37,5)
Acompanhado	2 (6,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100,00)	0 (0,0)

Sozinho	2 (6,5)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (100,0)
Salário					
Até 1 salário mínimo	2 (6,5)	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,00)	0 (0,00)
De 1 a 2 salários	16 (51,6)	1 (6,3)	1 (6,3)	4 (25,0)	10 (62,5)
De 2 a 3 salários	10 (32,3)	0 (0,00)	4 (40,0)	4 (40,0)	2 (20,0)
Mais de 5 salários	3 (9,7)	1 (33,3)	0 (0,00)	1 (33,3)	1 (33,3)
Religião					
Evangélica	18 (58,1)	1 (8,3)	0 (0,00)	4 (33,3)	7 (58,3)
Católica	12 (38,7)	2 (11,1)	5 (27,8)	5 (27,8)	6 (33,3))
Espirita	1 (3,2)	0 (0,00)	1 (100,0)	0 (0,00)	0 (0,00
Diagnostico doença física					
Não	28 90,3)	3 (10,7)	4 (14,3)	8 (28,6)	13 (46,4))
Sim	3 (9,7)	0 (0,00)	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0,00
Transtorno mental					
Não	26 83,9)	3 (11,5))	6 (23,1)	6 (23,1)	11 (42,3)
Sim	5 (16,1)	0 (0,00	0 (0,00)	5 (100,0)	0 (0,00)

Tabela 3. Resultados para Fobia Social (n = 31). Assis, SP, Brasil, 2021.

Na análise dos participantes em relação ao resultado para Agorafobia, observamos que do total de participantes a maioria obteve pontuação para transtorno de pânico improvável (23; 74,2%). A informação completa sobre esse estado é apresentada na Tabela 4.

Característica	n (%)	Agorafobia	
		Transtorno de pânico improvável	Portador de possível transtorno de pânico
Total	31 (100,0)	23 (74,2)	8 (25,8)
Sexo			
Feminino	29 (93,5)	21 (72,4)	8 (27,6)
Masculino	2 (6,5)	2 (100,0)	0 (0,00)
Orientação Sexual			
Heterossexual	28 (90,3)	22 (78,6)	6 (21,4)
Homossexual	2 (6,5)	1 (50,0)	1 (50,0)
Bissexual	1 (3,2)	0 (0,00)	1 (100,0)
Cor ou raça/etnia			
Branca	20 (64,5)	16 (80,0)	4 (20,0)
Parda	10 (32,3)	6 (60,0)	4 (40,1)
Amarela	1 (3,2)	1 (100,0)	0 (0,00)
Estado Civil			
Solteiro	21 (67,7)	16 (76,2)	5 (23,8)

Casado	8 (25,8)	5 (62,5)	3 (37,5)
Separado	2 (6,5)	2 (100,0)	0 (0,00)
Número de filhos			
0 Filhos	24 (77,4)	17 (70,8)	7 (29,2)
1 Filho	4 (12,9)	3 (75,0)	1 (25,0)
2 Filhos	3 (9,7)	3 (100,0)	0 (0,00)
Condição de moradia			
Pais/familiares	19 (61,3)	14 (73,7)	5 (26,3)
Cônjuge/companheiro	8 (25,8)	5 (62,5)	3 (37,5)
Acompanhado	2 (6,5)	2 (100,0)	0 (0,00)
Sozinho	2 (6,5)	2 (100,)	0 (0,00)
Salário			
Até 1 salário mínimo	2 (6,5)	2 (100,)	0 (0,00)
De 1 a 2 salários	16 (51,6)	11 (68,8)	5 (31,3)
De 2 a 3 salários	10 (32,3)	7 (70,0)	3 (30,0)
Mais de 5 salários	3 (9,7)	3 (100,0)	0 (0,00)
Religião			
Evangélica	18 (58,1)	14 (77,8)	4 (22,2)
Católica	12 (38,7)	8 (66,7)	4 (33,3)
Espirita	1 (3,2)	1 (100,0)	0 (0,00)
Diagnostico doença física			
Não	28 (90,3)	20 (71,4)	8 (28,6)
Sim	3 (9,7)	3 (100,)	0 (0,00)
Transtorno Mental			
Não	26 (83,9)	21 (80,8)	5 (19,2)
Sim	5 (16,1)	2 (40,0)	3 (60,0)

Tabela 4. Resultados para Agorafobia (n = 31). Assis, SP, Brasil, 2021.

4 | DISCUSSÃO

A ansiedade é definida como um estado de humor desagradável, apreensões negativas ligadas a situações futuras e inquietações que geram desconfortos, a ansiedade inclui algumas manifestações corporais como: dores de cabeça, falta de ar, batimentos cardíacos acelerados, tremores, tontura, suor, formigamento, sensações de enjoo e até mesmo diarreia. Inclui também manifestações psicológicas como: inquietações, inseguranças, insônia, irritações, desconforto mental e falta de concentração. A ansiedade também é caracterizada como uma resposta a uma ameaça desconhecida interna, vaga e conflituosa. A apresentação da ansiedade varia de acordo com o período do desenvolver da adolescência, é mais comum em adolescentes encontrar a ansiedade com relação a competência de ameaças desconhecidas e situações do dia a dia. De certa forma todos experimentam a ansiedade, ela é um sinal de alerta que indica perigo iminente e capacita o indivíduo para lidar com futura

ameaça (FILHO e SILVA, 2013).

Segundo a OMS (2017), através de dados apontados nos revelam que a prevalência mundial de transtornos de ansiedade é de 3,6%. No continente americano esse transtorno mental alcança maiores números e chega a atingir 5,6% da população, com destaque para o Brasil, onde está presente o transtorno de ansiedade em 9,3% da população brasileira e totalizando em 18,6 milhões, possuindo o maior número de casos de ansiedade entre todos os países.

Existem vários transtornos de ansiedade, que incluem quadros de síndrome do pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, fobia social, fobia especifica, estresse pós-traumático e agorafobia,

A síndrome do pânico, é um dos transtornos de ansiedade caracterizado por ataques de pânicos recorrentes e inesperados, durando em média uma hora juntamente com uma intensa ansiedade e medo, também caracterizado com sintomas como palpitações, respiração ofegante e até mesmo medo de morrer. Já o transtorno obsessivo-compulsivo é uma doença em que o indivíduo apresenta obsessões e compulsões, sofrendo de ideias ou comportamentos incontroláveis, repetitivos e persistentes, ela tende a ter vários pensamentos que muitas das vezes é incapaz de sair da mente e são aliviados temporário por determinados comportamentos. A fobia social é caracterizada pela timidez e apresentada por grande parte das pessoas, presente em diversas situações como situações de falar, se expor em público e em relações sociais. Já diferente da fobia social, a fobia especifica se caracteriza pelo medo, pois é uma reação em que ocorre nas pessoas com a função de proteger do perigo em um exemplo ao atravessar a rua que irá proteger de enfrentar uma situação onde a vida ou integridade possa correr perigo. Outro transtorno de ansiedade é o agorafobia, que é o medo de estar sozinho em ambientes públicos ou específicos, especialmente em locais onde uma rápida saída seria difícil se ocorre um ataque de pânico. Diferente de todas o transtorno de estresse pós-traumático quando é vivenciado um trauma emocional como por exemplo um estupro, agressões físicas ou até mesmo um acidente. Nesse transtorno a pessoa tende a ter medo de reviver o trauma através de um sonho, pensamento, e então por medo que a situação venha se repetir ela busca maneiras de evitar os persistentes fatos, objetos ou mesmo qualquer situação que a lembre do trauma (BRITO, 2011)

Ao ingressarem em uma universidade, os estudantes passam por uma grande adaptação pois espelha grandes mudanças em sua vida. A rotina diária fica mais intensa, a carga de estudo fica alta e muita das vezes os mesmos acabam que se distanciando das famílias pois se cobram muito e assim geram sentimentos como despontamentos, irritabilidades, preocupações, impaciência. Tais situações que são fatores que levam a ansiedade em muitos dos casos (gui et al, 2014)

Os estudantes universitários de enfermagem possuem alguns fatores que podem causar ansiedade, fatores esses como: a experiência pratica, relacionamento com pacientes, sofrimentos psíquicos e mede de cometer erros são fatores apontados como desencadeador

de ansiedade (MARCHI et al, 2013)

Segundo Guimarães et al. (2015), a ansiedade é definida por sentimentos de temor indefinido, e se manifesta através de desconforto ou estresse devido à antecipações de perigos, e algo incógnito. Esses distúrbios diferem-se a situações ou algo que induzem medo, ansiedade ou comportamento de evadir-se a ideação cognitiva agregada. Ela está presente em 12% dos universitários, a ansiedade é o problema de saúde mental mais corriqueiro, e esse transtorno pode ser incapacitante se não identificado e em alto nível, a ansiedade deixa a vide de um portador mais difícil e se relacionando na vida social e atividades diárias.

A ansiedade diz muito sobre excesso de sentimentos que causam sintomas físicos e psicológico, e resulta em condições patológicas. É devido ao estilo de período progressista que afeta os alunos de graduação e em especifico os acadêmicos em enfermagem, devido a fase transitória e de adaptação cheia de desafios, novidades e principalmente porque cuidam de pessoas. (RABELO; et al. 2021).

Na análise dos participantes em relação ao resultado do Inventário de Ansiedade de Beck observa-se que dos 31 participantes dessa pesquisa 41,9% apresentam ausência de ansiedade, 19,4% ansiedade leve, 19,4% ansiedade moderada e 19,4% ansiedade severa, é um fato alarmante pois quase metade dos participantes apresentam pontuação indicativa de ansiedade, em graus de intensidade diferentes, podendo também o demais evoluir para ansiedade severa caso não tenham alguma intervenção.

Marchi et al., (2013), em sua pesquisa realizada com 308 estudantes por meio da aplicação do inventário de Ansiedade de Beck, conclui que dos alunos 34% apresentam ansiedade leve, 24% apresentam ansiedade moderada e 12% ansiedade grave.

Dados do estudo de Kurebayashi e Prado (2012), que considerando a amostra realizada com 71 participantes na sua pesquisa aponta que o nível de ansiedade leve foi identificado na maioria dos participantes, já o nível alto em 5,48% e 18% a um nível baixo de ansiedade.

Sousa, (2017), em sua pesquisa na região norte do Brasil com 248 alunos de enfermagem revela que através da Aplicação da Escala de Avaliação do Nível de Ansiedade de Hamilton, 59% dos alunos apresentam ansiedade moderada, 18% apresentam ansiedade grave, entretanto 6% dos participantes não apresentam nenhum grau de ansiedade.

E quando relacionamos a ansiedade ao perfil sociodemográfico, nessa pesquisa, nota-se que 93,5% predominantemente são do sexo feminino e desses 58,2% já estão enfrentando um grau de ansiedade, fato bastante alarmante. Tendo em vista pelos seus fatos históricos mostram a enfermagem iniciada por mulheres como responsáveis pelos cuidados (OLIVEIRA et al., 2011).

Nobrega (2014), também conclui em sua pesquisa que a predominância de participantes do sexo feminino é de 76,8% e conclui que num contexto geral todos já apresentam graus de ansiedade desde leve a ansiedade grave e conclui que a enfermagem, ainda é uma profissão eminentemente feminina, e a prevalência deste sexo é um dado histórico.

Ainda podemos observar que Claudino e Cordeiro (2016), concluem em sua pesquisa que existe uma grande predominância no sexo feminino, sendo 87 mulheres em um total de 108 participantes e ao analisar o grau de ansiedade o sexo feminino apresenta um nível elevado de ansiedade e sexo masculino com um valor menor significativo para ansiedade, dado de grande importância que ao se comparar ao resultado dessa pesquisa observamos que a ansiedade encontra como forma moderada e leve em apenas 2 dos participantes do sexo masculino e quando analisamos o sexo feminino vimos que a maior parte das participantes enfrentam algum grau de ansiedade sendo 20,7% em grau de ansiedade leve, 17,2% em ansiedade modera e 20,7 % em ansiedade severa, dados detalhados na tabela 2.

Reafirmando o dado a cima, Ojeda et al., (2008) referem que a prevalência do sexo feminino nos Cursos de Enfermagem ainda é uma realidade no âmbito acadêmico, como explana o registro de matriculados do Curso de Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul em que o número de mulheres ultrapassa 85% do total de alunos.

A ansiedade está presente em muitos estudantes, e o estudo de Lima et al confirma isso visto que grande parte dos estudantes apresentam desgastes emocionais que influenciam diretamente a níveis de ansiedade. Grande parte dos estudos que aborda a ansiedade mostra essa percepção, tanto Ferreira et al., 2017 e Lyra et al., 2011 comprovam em suas pesquisas.

Outra perspectiva importante, com relação a ansiedade é a fobia social. Que se define por um medo exacerbado e persistente de ser avaliado, criticado ou julgado em situações sociais e de desempenho, assim, o indivíduo vivência algumas situações com grande angustia, e muitas vezes passa a evita-las, caracterizando um consequente dano em desempenho e desenvolvimento acadêmico. A fobia social em adultos é muito associada a depressão e também a abuso de substâncias e ao suicídio. (CONNOR et al., VILETE; COUTINHO; FIGUEIRA, 2004).

A presença de um único transtorno mental pode comprometer a capacidade funcional e o desempenho assim como aumentar a probabilidade de desenvolver outros transtornos no futuro. Frequentemente os estudantes têm dificuldade no diagnóstico e no tratamento dos transtornos mentais. A busca de ajuda se dá apenas no contato entre pares e a assistência de saúde é ineficiente. Somado a isso, as universidades não apresentam recursos para identificar e acompanhar esses casos. Poucos debates e ações são desenvolvidas para a promoção da saúde mental dos universitários. Os transtornos mentais nesta população apresentam alta prevalência e são problemas emergentes. Esse cenário também sinaliza para outra preocupação, que se refere as tendências ascendentes aos casos de suicídio nessa população (PATIAS et al., 2016).

Um fato alarmante nessa pesquisa nos mostra que dos 31 participantes no contexto geral, 42% destes apresentam provável fobia social, enquanto 10% apresentam fobia social improvável, 19% fobia social leve e 29% possível fobia social. Ou seja quase 50% dos participantes enfrentam uma provável fobia social. E quando relacionamos ao sexo, cerca

de 93% dos participantes são do sexo feminino sendo que mais de 40% enfrentam provável fobia social tendo em vista que apenas 6% é do sexo masculino e nenhum desses enfrentam fobia social. Este achado se encaixa a literatura sobre a prevalência dos transtornos de ansiedade na população em geral estar associada as mulheres (BARLOW; DURAND, 2008; barloISTA et al.,2012).

E o que nos desperta grande foco é relacionado ao estado civil onde cerca de 65% se declaram solteiros, e desses já se encontram em provável fobia social quase 47% dos participantes, quantidade significativa quando se compara os que se declaram casados pois 63% apresentam resultados mais baixos a fobias. Fato que pode ser discutido devido a maioria dos participantes possui estado civil solteiro, o que também vai de encontro ao estudo de Tillfors e Furmark (2007) que encontram alta prevalecia de indivíduos solteiros com fobia social e sugere que sujeitos com este quadro podem ter bloqueios para encontrar parceiro fixos.

Alguns pesquisadores como Falcone (2000) e Del Prette (2002) tem evidenciado a relação entre habilidades sociais a problemas psicológicos, mas, além disso muitos pesquisadores tem focado seu interesse na relação a fobia social, sintomas depressivos e uso de substâncias, porem essa pesquisa encontrou algumas limitações nesses aspectos pois não teve evidências nesses aspectos e sim em apenas os voltados aos transtornos mentais, que nesse estudo obteve uma grande discrepância pois dos 31 participantes, 84% dos participantes não possuem transtorno mental e o fato preocupante é que desses 43% apresentam fobia social, enquanto 16% dos participantes que se caracterizam com transtorno mental estão 100% a uma possível fobia social.

Já relacionando a agorafobia, conforme a American Psychiatric Association (BARLOW, 2016), se define pela apreensão a voltada em situações das quais pode ser difícil escapar. Segundo Barlow (2016), ela é desenvolvida principalmente no fim da adolescência e início da fase adulta, pessoas com agorafobia necessitam se manter acompanhada, devido à falta de segurança, assim, com intuito de manter-se em segurança.

De acordo com o CID 10 (NETO; ELKIS, 2007), a doença tem manifestações parecidas com o pânico, como a sensação de mal-estar, palpitações e sudorese, mas diferencia-se deste, visto que no ataque de pânico não há uma situação específica, devido aos episódios serem imprevisíveis (KNAPP, 2004). Em conformidade com Barlow (2016), o tratamento do paciente ocorre de duas maneiras: pelo uso de medicamentos e, também, por meio de terapia cognitivo-comportamental; ambas exigem acompanhamento da evolução e da adaptação do paciente.

Essa pesquisa identifica uma prevalência voltada a agorafobia e nos mostra que do total de participantes 74% apresentam transtorno improvável de pânico, tendo em vista ao fatos mencionados por Barlow (2016), ao relacionar a condição de moradia e ter alguém como companhia, a tabela 4 nos mostra que a condição de moradia sozinho não influencia ao transtorno de pânico pois 100% do participantes que moram sozinho não

apresenta transtorno de pânico e quando se compara aos que moram acompanhados com pais/familiares ou conjugue/companheiro a somatória no contexto geral indica 63,8% de estudantes de enfermagem portadores de agorafobia.

Devido a limitação deste estudo voltada a falta de informações que pudessem estabelecer comparações entre fobia social e agorafobia, ambas geram grande tenção e isso contribuem e afetam diretamente a vida acadêmica que pudemos observar nessa discussão, e devido a limitação deste estudo houve uma dificuldade para analise das amostras.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados nos afirmam que pessoas que desenvolvem os transtornos de ansiedade, incluindo a fobia social, estão vulneráveis a prejuízos em sua formação profissional e na prática profissional de Enfermagem, resultado da característica do curso e da profissão, que são de atendimento direto a pessoas, e exige raciocínio para as questões ou situações apresentadas, além da habilidade de comunicação. Outro aspecto identificado é que os transtornos de ansiedade e fobia social nos estudantes de enfermagem estão associados por grande parte no sexo feminino, porem é identificado os mesmos sintomas de ansiedade e fobia social em ambos os sexos (como assim?). Entretanto os indícios de depressão são predominantes no sexo feminino, e a mínima é vista no sexo masculino. Este estudo tem grande contribuição para novas pesquisas para a busca de estratégias ao enfrentamento e apoio para estudantes universitários e mostra a necessidade de mais pesquisam que buscam a compreender como é a realidade dos estudantes de enfermagem e buscar estratégias de intervenções ligadas a saúde mental.

REFERÊNCIAS

CONGRESSO MULTIDISCIPLINAR, 2017, Apucarana. **Atuação do enfermeiro no transtorno de ansiedade generalizada.** (Anais). Apucarana: FAP, 2017, p. 1-5. Disponível em: http://www.fap.com.br/anais/congresso-multidisciplinar-2017/comunicacao-oral/ciencias-saude/0151.pdf. Acesso em 05 jul. 2021.

BARLOW, David H; DURAND, VMark. **Psicopatologia: Uma abordagem integrada.** 7. ed**.** São Paulo: Cengage, 2008.

BAPTISTA, Carlos Alberto *et al.* Fobia social em universitários brasileiros: Prevalência, sub-reconhecimento e prejuízo escolar em mulheres. **Jornal de transtornos afetivos**, v. 136, n. 3, p. 857-861, 2012. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22018945/. Acesso em: 06 jul. 2021.

BRITO, Isabel. Ansiedade e depressão na adolescência. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 27, n. 2, p. 208-214, mar. 2011. Disponível em: https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10842. Acesso em: 27 out. 2020.

CONNOR, Kathryn M *et al*. Propriedades psicométricas do inventario de fobia social (SPIN) . **Journal of Psychiatry,** v. 176, p. 379–386, 2000. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Richard-weisler/publication/12489997_Psychometric_properties_of_the_Social_Phobia_Inventory_SPIN/links/02e7e51807beee66cd000000/Psychometric-properties-of-the-Social-Phobia-Inventory-SPIN.pdf. Acesso em: 09 jul. 2021.

CHAVES, Erika de Cassia Lopes *et al.* Ansiedade e espiritualidade em estudantes de enfermagem: um estudo transversal. **Revista Brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 68, p. 504-509, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/MBK4J58g4f9Jw3nrXGRLHGx/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 25 jun. 2021.

CHATTERJEE, Supantha *et al.* Depressão entre estudantes de enfermagem em uma faculdade do governo indiano". **Revista Britânica de enfermagem**, v. 23, n. 6 p. 316-320, abr. 2014. Disponível em: https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2014.23.6.316. Acesso em: 27 jun. 2021.

D'EL REY, Gustavo. J. Fonseca. Exposição ao Vivo no Tratamento de Agorafobia: Relato de Caso. **Revista Psicologia Ciência e Profissão,** São Paulo, v. 22, n. 4, p. 80-85, abr. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/pcp/v22n4/10.pdf. Acesso em: 05 jul. 2021.

FERNANDES, Márcia Astrês *et al*. Transtornos de ansiedade: vivências de usuários de um ambulatório especializado em saúde mental. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 10, p. 3836-3844. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25366/24308. Acesso em: 05 jul. 2021.

FERNANDES, Márcia Astrês *et al*. Prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em universitários de uma instituição pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 5, p. 2169-2175, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/JwkL4F3S5DQGkmvx5ZP7cYQ/?lang=pt. Acesso em: Acesso em: 05 jul. 2021.

FERREIRA, Cammomila Lira *et al*. Universidade, contexto ansiogênico? Avaliação de traço e estado de ansiedade em estudantes do ciclo básico. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 14, p. 973-98, 2009. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v14n3/33.pdf. Acesso em: 29 jul. 2021.

FILHO, Orli Carvalho da Silva. SILVA, Mariana Pereira da. Transtornos de ansiedade em adolescentes: considerações para a pediatria e hebiatria. Rev. Adolesc Saúde., Rio de Janeiro, v. 10, s. 3, p. 31-41, 2013. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/8411/1/Transtornos%20de%20ansiedade.pdf. Acesso em: 20 jul. 2020

GUIMARÃES, Ana Margarida Voss *et al.* Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência sobre as fobias específicas e a importância da ajuda psicológica. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT - ALAGOAS**, v. 3, n. 1, p. 115–128, 2015. Disponível em: https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosaude/article/view/2611. Acesso em: 20 jun. 2021.

KNAPP, P. *et al.* **Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psquiátrica.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

LYRA, Cassandra Santantonio de; Nakai, Larissa Sayuri; Marques, Amelia Pasqual. Eficácia da aromaterapia na redução de níveis de estresse e ansiedade em alunos de graduação da área da saúde: estudo preliminar. **Revista fisioterapia e pesquisa,** São Paulo, v. 17, p. 13-17, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/fp/a/B6dQHXr4YVbvdvLzPXRf3jN/?lang=pt. Acesso em: 20 jun. 2021.

MARTINS, Cláudia Cristina Figueiredo; TOURINHO, Francis, SANTOS, Viviane. Estresse: normal ou patológico?. **Revista Saude. & Transformação social**. Florianópolis, v.7, n.1, p.1-8, 2016. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/2653/265346076002.pdf. Acesso em: 20 set. 2019.

MARCHI, Katia Colombo *et al*. Ansiedade e consumo de ansiolíticos entre estudantes de enfermagem de uma universidade pública. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiás, v. 15, n. 3, p. 729–37, 2013. Disponível em: https://revistas.ufg.br/fen/article/view/18924. Acesso em: 24 jun. 2021.

NÓBREGA,Thayanne Kelly Medeiros. **Avaliação da ansiedade entre os acadêmicos de enfermagem: um estudo sobre o mal do século.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande. Cuité, p. 65. 2014.

OLIVEIRA, Beatriz Marques; MININEL, Vivian Aline; FELLI, Vanda Elisa Andres. Qualidade de vida de graduandos de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 64, p. 130-135, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/VsFTKcGFKyxyb8fQctdkRwC/abstract/?lang=pt&format=html. Acesso em: 30 mai. 2021.

OJEDA, Beatriz Sebben *et al.* Saberes e Verdades acerca da enfermagem: Discursos de Alunos ingressantes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 78- 84, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000100012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 jun. 2021.

OLIVEIRA, Elias Barbosa de *et al.* Estresse ocupacional e burnout em enfermeiros de um serviço de emergência: a organização do trabalho. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, e28842, 2017. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/28842. Acesso em: Acesso em: 30 mai. 2021.

PATIAS, Naiana Dapieve *et al.* Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) – Short Form: Adaptação e Validação para Adolescentes Brasileiros**. Psico USF**, Campinas, v. 21, n. 3, p. 459–469, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pusf/a/CtJv6LTmfYxKfXzmP4j6q5g/?format=html&lang=pt. Acesso em: 07 jun. 2021.

PRADO, Juliana Miyuki do; KUREBAYASHI, Leonice Fumiko Sato; SILVA, Maria Júlia Paes da. Eficácia da auriculoterapia na redução de ansiedade em estudantes de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 5, p. 1200-1206, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/f3cFfyHzxxzsYXN7TwDrDYL/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 20 jun. 2021.

PICON, Patrícia *et al* . Desenvolvimento da versão em português do Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI). **Revista Psiquiatria**. Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 40-50, 2005.Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082005000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 mar. 2021.

RABELO, Leonardo Moreira; SIQUEIRA, Ana Kelly Américo; FERREIRA, Luzia Sousa. Desencadeadores do transtorno de ansiedade em acadêmicos de enfermagem: uma revisão sistemática. **Revista Liberum Accessum**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 1-15, 2021. Disponível em: http://revista.liberumaccesum.com.br/index.php/RLA/article/view/52. Acesso em: 20 jun. 2021.

RODRIGUES, Thais Guimarães; PEREIRA, Maria Eduarda Costa. Legrand du Saulle: Da agorafobia ao medo dos espaços. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental,** São Paulo, v. 14, n. 2, p. 309-317, jun. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlpf/a/phV8nj68xYP74zG5F7nkwDn/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 05 jul. 2021.

SOUSA, Ailton Quirino de *et al.* Ansiedade e medos dos acadêmicos de enfermagem frente ao cuidado aos portadores de sofrimento mental. **Conexão Ciência**, v.12, n.1, p. 7-15, abr. 2017. Disponível em: https://periodicos.uniformg.edu.br:21011/periodicos/index.php/conexaociencia/article/view/508. Acesso em: 20 jun. 2021.

TOTI, Thamires Gomes; BASTOS, Felipe Antônio; RODRIGUES, Phillipe Ferreira; Fatores associados à ansiedade e depressão em estudantes universitários do curso de educação física. **Revista Saúde Física & Mental**, v. 6, n. 2, 2018. Disponível em: https://revista.uniabeu.edu.br/index.php/SFM/article/view/3488/2456. Acesso em: 25 jun. 2020.

VILETE, Liliane Maria Pereira; COUTINHO, Evandro da Silva Freire; FIGUEIRA, Ivan Luiz de Vasconcellos. Confiabilidade da versão em Português do Inventário de Fobia Social (SPIN) entre adolescentes estudantes do Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 89–99, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/LPdS6SWCsymfXxdFf7YwnQG/?lang=pt. Acesso em: 20 jun. 2021.

CAPÍTULO 11

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE UM INSTRUMENTO PARA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER

Data de aceite: 01/10/2021

Ricardo Galdino Pereira
Fundação Educacional do Município de Assis
Assis – São Paulo
ORCID https://orcid.org/0000-0003-2067-1728

Daniel Augusto da Silva
Fundação Educacional do Município de Assis
Assis – São Paulo
ORCID https://orcid.org/0000-0002-2716-6700

RESUMO: Objetivo: Elaborar e validar instrumento para detecção precoce do câncer, através do rastreamento e diagnóstico precoce. **Método:** Trata-se de pesquisa metodológica, com abordagem quantitativa e qualitativa, realizada em 2019 e 2020. Após o desenvolvimento do instrumento, para a validação do conteúdo empregou-se a Técnica Delphi com participação de 10 especialistas. A coleta de dados se deu com envio de questionário *on-line*. Na análise dos dados foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo, com taxa de concordância mínima de 0,90. **Resultados:** Os tipos de câncer de maior incidência no Brasil definiram os itens que compõem o instrumento. Na validação do conteúdo obteve-se a concordância total (IVC = 1,00) em todos os critérios de avaliação para todos os itens que compõem o instrumento. **Conclusão:** O instrumento é capaz de avaliar o que propõe e o quão promissor é sua aplicação nas ações de detecção precoce do câncer.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias; Detecção Precoce de Câncer; Diagnóstico Precoce; Programas de Rastreamento; Estudo de Validação.

CONTENT VALIDATION OF AN INSTRUMENT FOR EARLY CANCER DETECTION

ABSTRACT: Objective: To develop and validate an instrument for early detection of cancer, through screening and early diagnosis. **Method:** This is a methodological research, with a quantitative and qualitative approach, carried out in 2019 and 2020. After the development of the instrument, for the content validation, the Delphi Technique was used with the participation of 10 specialists. Data collection took place by sending an online questionnaire. In the data analysis, the Content Validity Index was calculated, with a minimum agreement rate of 0.90. **Results:** The types of cancer with the highest incidence in Brazil defined the items that make up the instrument. In the content validation, total agreement was obtained (CVI = 1.00) in all evaluation criteria for all items that make up the instrument. **Conclusion:** The instrument is capable of evaluating what it proposes and how promising it is to be applied in early cancer detection actions.

KEYWORDS: Neoplasms; Early Detection of Cancer; Early Diagnosis; Mass Screening; Validation Study.

1 I INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença crônica não transmissível, que compõe a lista das principais causas de morte no mundo. É estimado que ocupe a posição de maior causa de morte nas

próximas décadas (SILVA, 2020; ALMEIDA; ALMEIDA; MELO, 2020).

Em 2019 o câncer de pulmão ocupou a 17ª posição entre as causas de morte para todas as idades no mundo. Ainda em 2019, para pessoas com idade entre 50 e 74 anos, câncer de pulmão, câncer de cólon e reto, câncer de estômago e câncer de mama estiveram entre as 20 mais frequentes causas de morte no mundo (GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY, 2020).

No Brasil, as estimativas são semelhantes às de países desenvolvidos, com a projeção de 625 mil novos casos para cada ano do triênio 2020-2022, podendo chegar próximo a 685 mil casos novos ao considerar o sub-registro, além de ocupar a segunda posição quanto a causa morte (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2019).

Com o objetivo de reduzir a mortalidade e a morbidade pelo câncer, deve-se empregar estratégias para detecção precoce do câncer, que envolvem pessoas assintomáticas e sintomáticas (SILVA, 2020).

A estratégia para simplificar o tratamento para o câncer, com emprego de terapias menos agressivas e com maior potencial de resolutividade – melhor prognóstico -, é a detecção precoce, composta pelo rastreamento e pelo diagnóstico precoce, de forma que quanto antes o câncer for descoberto, o estágio de evolução do mesmo é menor (TRAJANO et al., 2019; CUNHA et al., 2019).

Nesta perspectiva de detecção precoce do câncer, percebe-se a necessidade de conhecimento acerca dos fatores de risco e dos sinais e sintomas dos diferentes tipos de câncer, além da oferta adequada para o cuidado em saúde e garantia de acesso aos serviços de saúde pela população (SANTOS et al., 2020; LOPES; RIBEIRO, 2019).

Entendendo a importância de fortalecer as ações de detecção precoce do câncer, através do emprego de ações de rastreamento e diagnóstico precoce, e no intuito de inserir a temática da detecção precoce do câncer, este instrumento foi proposto.

Frequentemente, escolas, universidades, organizações não-governamentais e departamentos públicos realizam ações comunitárias de prevenção às doenças e de promoção e educação em saúde, em parques, estações de transporte público, eventos, salas de espera, reuniões de grupos, entre outros espaços e momentos, e este instrumento poderá ser utilizado para a abordagem relacionada ao câncer. Inclusive, nos eventos do outubro rosa ou novembro azul, os mais conhecidos na área da oncologia, haverá a possibilidade de abordar a detecção precoce de outros tipos de câncer.

A proposta é que este instrumento seja aplicado por estudantes e profissionais da saúde, de modo a facilitar e propiciar a abordagem da detecção precoce do câncer em momentos de contato e avaliação da saúde da população. Ao final, a pessoa atendida, caso necessário, poderá levar o instrumento para consulta de confirmação diagnóstica.

Assim, esta pesquisa tem por objetivo elaborar e validar instrumento para detecção precoce do câncer, através do rastreamento e diagnóstico precoce.

2 I MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa metodológica (POLIT; BECK, 2011), com abordagem quantitativa e qualitativa, realizada em duas etapas sequenciais em 2019 e 2020. Na primeira etapa houve o desenvolvimento do instrumento e na segunda etapa a validação do conteúdo deste instrumento.

Na primeira etapa, por meio de revisão da literatura em bases de dados e em manuais do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Câncer, foram definidos os itens que compõem o instrumento: câncer de cavidade oral, câncer de mama, câncer de estômago, câncer de cólon e reto, câncer de colo do útero, câncer de próstata, câncer de pele, câncer de pulmão, e câncer de tireoide, bem como descritos os sinais e sintomas, e as orientações e recomendações respectivas. Estes itens foram escolhidos por serem os tipos de câncer de maior incidência na população brasileira (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2019).

A segunda etapa compreendeu a validação do conteúdo do instrumento por meio da Técnica Delphi. Nesta técnica, os participantes, denominados juízes, devem ser peritos ou possuidores de conhecimento acerca do assunto a que se pretende estudar, e apresentem disponibilidade e motivação para participação das etapas do estudo, levando em consideração a possibilidade de várias rodadas de avaliação para obtenção do consenso entre os participantes (SANTOS et al., 2020; MASSAROLI et al., 2017; ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Na seleção dos juízes, a amostra foi de caráter aleatório e intencional. A busca ocorreu por meio de consulta a Plataforma Lattes, CNPq, empregando-se a busca por assunto, utilizando as palavras "oncologia" e "câncer"; e em busca de autores de artigos científicos publicados com a temática. Empregou-se como critérios de inclusão: ser profissional de saúde de nível superior, com área de atuação ou formação em oncologia, residentes e atuantes no Brasil.

Para viabilizar a participação dos juízes, a coleta de dados se deu com envio de questionário *on-line*, construído com utilização da ferramenta *Google Docs*. O envio do link para acesso a este questionário foi por *e-mail*, que continha uma carta convite explicando a proposta do estudo, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como anexo. Ao clicar no link de acesso ao formulário eletrônico, a primeira continha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e espaço para que o participante declarasse seu consentimento sem participar. Aos que consentiram com a participação, era possível o acesso ao instrumento proposto e ao questionário.

Os juízes puderam avaliar cada item por meio de uma Escala Likert que variou de 1 (discordo) a 4 (concordo). Nas discordâncias, havia espaço para emissão de opiniões e sugestões. Os critérios avaliados foram clareza, pertinência e aparência.

No que se diz respeito a análise dos dados, com a devolutiva dos participantes, as respostas foram planilhadas no *software* Excel 2019, e foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), a partir da divisão do número de respostas "3" e "4" pelo número total de

respostas. A taxa de concordância aceitável foi de, no mínimo, 0,90, seguindo a recomendação para validação de novos instrumentos (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

O estudo seguiu princípios éticos para pesquisas com seres humanos, segundo a Resolução n.º 466/2012. Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Educacional do Município de Assis com CAAE 26179519.5.0000.8547, e aprovado com Parecer n.º 3.735.867, de 29 de novembro de 2019.

3 I RESULTADOS

Na primeira etapa, de desenvolvimento do instrumento, os itens foram definidos conforme os tipos de câncer de maior incidência no Brasil (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2019). Os sinais e sintomas de cada tipo de câncer foram reunidos conforme revisão de literatura em bases de dados e em manuais do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Câncer.

A Tabela 1 apresenta os tipos de câncer e seus respectivos sinais e sintomas.

Tipo de câncer	Sinais e sintomas
Câncer de cavidade oral	Lesões brancas ou vermelhas na gengiva, língua ou mucosa oral
	Presença de massa (tumorações ou endurações) na boca e/ou pescoço
	Presença de ulceração na boca
	Feridas que não cicatrizam nos lábios e na boca
	Rouquidão persistente
Câncer de mama	Nódulo (“caroço”) mamário
	Pequenos nódulos nas axilas ou no pescoço
	Pele da mama avermelhada, retraída ou parecida com casca de laranja
	Alterações no bico do peito (mamilo)
	Saída espontânea de líquido anormal pelos mamilos
	Alterações eczematosas na aréola
Câncer de estômago	Dor abdominal superior crônica, sem melhora
	Indigestão
	Vômitos e/ou náuseas
	Perda de peso
Câncer de cólon e reto	Mudança nos hábitos intestinais
	Alteração na forma das fezes (fezes muito finas e compridas)
	Dor ou desconforto abdominal
	Perda inexplicada de peso
	Fraqueza
	Sangue nas fezes

Câncer do colo do útero	Dor após relação sexual
	Sangramento após relação sexual
	Corrimento vaginal excessivo
Câncer de próstata	Demora em iniciar e finalizar o ato urinário
	Dificuldade de urinar
	Diminuição do jato de urina
	Frequente ato de urinar a noite (nictúria)
	Sangue na urina
Câncer de pele	A – ASSIMETRIA (Lesão com um lado diferente do outro)
	B – BORDAS (Lesão com bordas irregulares)
	C – COR (Lesão com variedade de cores)
	D – DIÂMETRO (Lesão maior que 6 mm)
	E – EVOLUÇÃO (Mudanças em tamanho, forma, cor, sangramento)
	Feridas que não cicatrizam em quatro semanas
Câncer de pulmão	Tosse persistente
	Escarro com sangue
	Dor no peito
	Rouquidão
	Piora da falta de ar
	Perda de peso e de apetite
	Sentir-se cansado ou fraco
	Nos fumantes, o ritmo habitual da tosse é alterado e aparecem crises em horários incomuns
Câncer de tireoide	Nódulo na região anterior baixa do pescoço
	Rouquidão
	Sensação de falta de ar
	Dificuldade em engolir alimentos

Tabela 1 - Tipos de câncer e sinais e sintomas da versão final do instrumento para detecção precoce do câncer. Assis, SP, Brasil, 2020

Na segunda etapa, de validação do conteúdo do instrumento, é importante salientar a dificuldade em obter a participação. Foram enviados 367 (100,0%) e-mails do tipo carta convite, com o retorno de 10 (2,75%), que foram os juízes. Informações sobre caracterização dos juízes estão dispostas na Tabela 2.

Característica	Nível	n (%)
Sexo	Masculino	5 (50,0)
	Feminino	5 (50,0)
Orientação sexual	Heterossexual	9 (90,0)
	Homossexual	1 (10,0)

Cor de pele	Branca	8 (80,0)
	Parda	2 (20,0)
Estado civil	Casado	6 (60,0)
	Solteiro	2 (20,0)
	União estável	2 (20,0)
Renda familiar	De 1 a 5 salários mínimos	2 (20,0)
	De 6 a 15 salários mínimos	3 (30,0)
	Mais de 16 salários mínimos	5 (50,0)
Formação	Enfermagem	3 (30,0)
	Medicina	3 (30,0)
	Odontologia	1 (10,0)
	Biologia	1 (10,0)
	Biomedicina	1 (10,0)
	Farmácia	1 (10,0)
Pós-graduação em Oncologia	Especialização	1 (10,0)
	Mestrado	1 (10,0)
	Doutorado	4 (40,0)
	Não possui	4 (40,0)
Área da atuação	Assistência	5 (50,0)
	Ensino e pesquisa	4 (40,0)
	Gestão	1 (10,0)

Tabela 2. Caracterização dos juízes. Assis, SP, Brasil, 2020.

O nível de concordância desejado foi atingido na primeira rodada (Tabela 3), contudo, houveram sugestões que optamos por acrescentar ao instrumento e submetê-lo a uma nova rodada de avaliações. A Tabela 4 apresenta as sugestões dos especialistas.

Itens	**Critérios**			**IVC do item**
	Clareza	**Pertinência**	**Aparência**	
Câncer de cavidade oral	1,00	0,90	1,00	0,97
Câncer de mama	0,90	1,00	1,00	0,97
Câncer de estômago	1,00	0,90	0,90	0,93
Câncer de cólon e reto	0,90	1,00	1,00	0,97
Câncer de colo do útero	0,90	1,00	1,00	0,97
Câncer de próstata	1,00	1,00	1,00	1,00
Câncer de pele	1,00	1,00	1,00	1,00
Câncer de pulmão	1,00	1,00	1,00	1,00
Câncer de tireoide	1,00	1,00	1,00	1,00

Tabela 3. Índice de Validade de Conteúdo (IVC) no julgamento dos especialistas sobre os itens que compõem o instrumento. Assis, SP, Brasil, 2020.

Itens	Texto na primeira versão do instrumento	Texto modificado com sugestões dos especialistas
Câncer de cavidade oral	Sinais e sintomas: Presença de massa (tumorações ou endurações) na boca e/ou pescoço; Presença de ulceração na boca; Feridas que não cicatrizam nos lábios e na boca; Recomendações: Agendar consulta médica para procedimentos de diagnóstico	Sinais e sintomas: Lesão hiperplásica persistente sem causa aparente; Lesões verrucosas; Presença de aumento de volume palpável (tumorações ou endurações) na cavidade oral e/ou pescoço; Presença de ulceração persistente sem dor (mais de 15 dias) na cavidade oral e lábios; Recomendações: Agendar consulta médica e odontológica para procedimentos de diagnóstico
Câncer de mama	Sinais e sintomas: Pele da mama avermelhada, retraída ou parecida com casca de laranja; Saída espontânea de líquido anormal pelos mamilos; Alterações eczematosas na aréola.	Sinais e sintomas: Pele da mama avermelhada, retraída ou parecida com "casca de laranja"; Saída espontânea de secreção anormal pelos mamilos; Alterações eczematosas na aréola (vermelhidão, exsudação e crostas).
Câncer de estômago	Sinais e sintomas: Vômitos e/ou náuseas; Perda de peso;	Sinais e sintomas: Vômitos e/ou náuseas constantes; Perda inexplicada de peso; Histórico familiar de câncer de estômago (acrescentado).
Câncer de cólon e reto	Sem sugestões para alteração	Sem sugestões para alteração
Câncer de colo do útero	Rastreamento Prioritariamente na faixa etária de 25 a 59 anos	Rastreamento Prioritariamente na faixa etária de 25 a 64 anos Sinais e sintomas: Sangramento após a menopausa (acrescentado). Orientações: Mulheres com histórico de lesões ou neoplasias cervicais devem realizar Papanicolau conforme orientação médica (acrescentado)
Câncer de próstata	Sem sugestões para alteração	Sem sugestões para alteração
Câncer de pele	Sem sugestões para alteração	Sem sugestões para alteração
Câncer de pulmão	Sem sugestões para alteração	Sem sugestões para alteração
Câncer de tireoide	Sem sugestões para alteração	Sem sugestões para alteração

Tabela 4. Sugestões dos especialistas para modificações no texto do instrumento. Assis, SP, Brasil, 2020.

Na segunda rodada de avaliações obtivemos a concordância total (IVC = 1,00) em todos os critérios de avaliação para todos os itens que compõem o instrumento. Obtivemos a participação de oito especialistas/juízes, de forma que dois não participaram desta segunda

rodada de avaliações (Tabela 5).

Itens	Critérios			IVC do item
	Clareza	Pertinência	Aparência	
Câncer de cavidade oral	1,00	1,00	1,00	1,00
Câncer de mama	1,00	1,00	1,00	1,00
Câncer de estômago	1,00	1,00	1,00	1,00
Câncer de cólon e reto	1,00	1,00	1,00	1,00
Câncer de colo do útero	1,00	1,00	1,00	1,00
Câncer de próstata	1,00	1,00	1,00	1,00
Câncer de pele	1,00	1,00	1,00	1,00
Câncer de pulmão	1,00	1,00	1,00	1,00
Câncer de tireoide	1,00	1,00	1,00	1,00

Tabela 5. Índice de Validade de Conteúdo (IVC) da segunda rodada de avaliações dos especialistas sobre os itens que compõem o instrumento. Assis, SP, Brasil, 2020.

4 I DISCUSSÃO

A composição do grupo de especialistas/juízes foi de caráter multidisciplinar, fato que auxilia a garantir confiabilidade ao instrumento, por proporcionar a avaliação de profissionais em diferentes áreas do conhecimento em saúde (REVORÊDO, 2016).

Fato a ser destacado se refere a dificuldade em obter a participação voluntária dos especialistas/juízes, com grande volume de e-mails do tipo carta convite e a resposta de 2,75% dos e-mails enviados. Contudo, essa é uma situação esperada. Ao analisar experiências de outros pesquisadores que se dedicaram a validar o conteúdo de instrumentos, a baixa porcentagem de respostas recebidas, incluindo a diminuição de participantes ao longo das rodadas de avaliação realizadas, é uma frequente situação (REVORÊDO, 2016; ACOSTA; BARBOSA; SASSO, 2020).

Sobre o conteúdo e o objetivo do instrumento, de oportunizar a detecção precoce do câncer, é justificado pelo aumento na possibilidade de cura para alguns tipos de câncer, de forma que produz impacto de forma positiva na redução da mortalidade resultante da doença e de seu tratamento, inclusive a possibilidade de tratamentos com menor característica invasiva (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2019).

Para pessoas assintomáticas, as ações são voltadas para identificar e controlar a exposição aos fatores de risco - a prevenção primária, ou para realizar exames e procedimentos que identifiquem lesões precursoras e anormalidades sugestivas de câncer. Essas ações são denominadas rastreamento, que podem ser oferecidos de forma organizada ou oportunística (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017; BRASIL, 2010; RODRIGUES, 2018).

Para pessoas sintomáticas, as ações são individuais, voltadas a investigar sinais e sintomas suspeitos de câncer, de forma que o diagnóstico seja realizado o mais cedo

possível, de forma a impactar na possibilidade de cura por meio do emprego de terapias mais efetivas, da sobrevida e da qualidade de vida (TRAJANO et al., 2019; RODRIGUES, 2018).

Para a correta abordagem sobre o câncer, é primordial que estudantes e profissionais de saúde conheçam os fatores de risco, as formas de prevenção e sinais e sintomas para a detecção precoce (CRUZ et al., 2019; ALVES et al., 2019).

A proposta de utilização deste instrumento compreende o rastreamento e o diagnóstico precoce dos tipos de câncer de maior incidência no Brasil, fortalecendo e apoiando estudantes e profissionais de saúde nas ações de detecção precoce por meio da identificação dos sinais e sintomas e das orientações e recomendações específicas para cada tipo de câncer.

As estratégias eficazes de prevenção primária e de detecção precoce do câncer, em conjunto com a implementação de vacinação e programas de tratamento eficazes tem potencial para diminuir a morbidade e mortalidade por câncer (BRAY et al., 2012).

Esse estudo se limita pela ausência da aplicabilidade do mesmo. Assim, sugere-se a realização de estudos sobre os resultados obtidos por meio da sua aplicação na população, de modo que quantifique os benefícios desta intervenção para a detecção precoce do câncer.

5 | CONCLUSÃO

O consenso dos especialistas/juízes (IVC = 1,00) quanto a clareza, pertinência e aparência, em cada item, permite afirmar que o instrumento é capaz de avaliar o que propõe, e o quão promissor é sua aplicação, com auxílio a estudantes e profissionais de saúde nas ações de detecção precoce do câncer na população, bem como pode auxiliar em pesquisas epidemiológicas e no planejamento de ações.

O instrumento poderá ser utilizado em atividades de caráter oportunístico ou organizado, com ênfase nas orientações e recomendações à população para agendamento de consulta diagnóstica quando identificado alguma situação de risco ou hipótese de câncer.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. S.; BARBOSA, S. F. F.; SASSO, G. T. M. D. Nursing research priorities in critical cares in Brazil: Delphi Study. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 28, e3370, 2020. doi: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4055.3370.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011. doi: https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006.

ALMEIDA, M. M. M.; ALMEIDA, P. F.; MELO, E. A. Regulação assistencial ou cada um por si? Lições a partir da detecção precoce do câncer de mama em redes regionalizadas do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface (Botucatu)**, v. 24, Supl. 1, e190609, 2020. doi: https://doi.org/10.1590/Interface.190609.

ALVES, P. C. et al. Efeitos de intervenção educativa no conhecimento e atitude sobre detecção precoce do câncer de mama. **Rev Rene**, v. 20, e40765, 2019. doi: https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192040765.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRAY, F. et al. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study. **Lancet Oncol**, v. 13, n. 8, p. 790-801, 2012. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(12)70211-5.

CRUZ, A. P. S. et al. A extensão universitária como aliada na detecção precoce do câncer de mama. **Revista Guará**, v. 11, p. 33-41, 2019. doi: https://doi.org/10.30712/guara.v0i11.19648.

CUNHA, G. N. et al. Rastreamento do câncer de mama: modelo de melhoria do acesso pelo uso de mamógrafos móveis. **Rev Panam Salud Publica**, v. 43, e19, 2019. doi: https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.19.

GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**, v. 396, n. 10258, p. 1204-1222, 2020. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2019.

LOPES, V. A. S.; RIBEIRO, J. M. Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3431-3442, 2019. doi: https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.32592017.

MASSAROLI, A. et al. The Delphi method as a methodological framework for research in nursing. **Texto Contexto Enferm**., v. 26, n. 4, e1110017, 2017. doi: http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001110017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

REVORÊDO, L. S. et al. Validação de conteúdo de um instrumento para identificação de violência contra a criança. **Acta Paul Enferm**, v. 29, n. 2, p. 205-217, 2016. doi: http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600029.

RODRIGUES, V. J. L. Rastreio Oncológico – Porquê, Para Quem, Quando e Como. **Revista Internacional em Língua Portuguesa**, v. 34, p. 125-135, 2018. doi: https://doi.org/10.31492/2184-2043.RILP2018.34/pp.125-135.

SANTOS, A. P. F. B., et al. A análise do uso da técnica Delphi na tomada de decisão em pacientes críticos: uma revisão sistemática. **Rev Med (São Paulo)**, v. 99, n. 3, p. 291-304, 2020. doi: http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i3p291-304.

SANTOS, H. L. P. C.; MACIEL, F. B. M.; OLIVEIRA, R. S. Internações hospitalares por neoplasias no Brasil, 2008-2018: gastos e tempo de permanência. **Rev Bras Cancero**, v. 66, n. 3, e-04992, 2020. doi: https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n3.992.

SILVA, D. A. Neoplasia maligna da próstata no Brasil: morbidade (2013-2018) e mortalidade (2008-2017). **RSD [Internet]**, v. 9, n. 6, e178963657, 2020. doi: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i6.3657.

SILVA, D. A. O paciente com câncer e a espiritualidade: revisão integrativa. **Revista Cuidarte**, v. 11, n. 3, e1107, 2020. doi: http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1107.

TRAJANO, L. A. et al. Conhecimento dos médicos da atenção primária à saúde sobre rastreamento de câncer. **SANARE**, v. 18, n. 1, p. 22-30, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guide to cancer early diagnosis**. Geneva: WHO; 2017.

CAPÍTULO 12

VIVENDO A TERCEIRA IDADE: AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Data de aceite: 01/10/2021

Patrícia Furlan
Fundação Educacional do Município de Assis
Assis – São Paulo
ORCID https://orcid.org/0000-0001-7128-3261

Daniel Augusto da Silva
Fundação Educacional do Município de Assis
Assis – São Paulo
ORCID https://orcid.org/0000-0002-2716-6700

RESUMO: Objetivo: analisar as implicações do processo de envelhecimento, na qualidade e satisfação com a vida de idosos institucionalizados. **Métodos:** trata-se de estudo transversal, exploratório, com abordagem quantitativa, realizado com idosos residentes em uma instituição de longa permanência de cidade do centro-oeste do estado de São Paulo. Amostragem não-probabilística por conveniência composta por 19 participantes. A coleta de dados se deu no decorrer do segundo trimestre de 2020, por meio de entrevista e utilização de instrumento semiestruturado, elaborado pelos autores, Questionário de Qualidade de Vida no Idoso e Escala de Satisfação com a vida. Os dados foram analisados com análise descritiva e inferencial com emprego de ANOVA 1 fator. **Resultados:** participaram 19 idosas, todas mulheres, com idade entre 62 e 92 anos, média de 76 anos, heterossexuais, aposentadas e realizando tratamento para alguma doença física. Para a Escala de Satisfação com a Vida, a pontuação média total foi de 16,16, classificada em razoavelmente insatisfeito. Enfatiza-se que não houveram participantes classificadas como satisfeitas, nem extremamente insatisfeitas. Para a avaliação da qualidade de vida, a maioria dos domínios são classificados como regular (pontuação entre 3 e 3,9). O domínio autonomia foi classificado como necessita melhorar (pontuação entre 1 e 2,9) em várias análises. No total, as participantes tiveram avaliação da qualidade de vida classificada como regular, com pontuação em média geral de 3,4. **Conclusões:** torna-se fundamental a avaliação da qualidade e satisfação de vida do idoso institucionalizado, como tópico integrador da avaliação multidimensional da pessoa idosa.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso, Saúde do Idoso Institucionalizado, Instituição de Longa Permanência para Idosos, Qualidade de Vida, Satisfação Pessoal.

LIVING THE OLD AGE: ASSESSMENT OF SATISFACTION AND QUALITY OF LIFE IN INSTITUTIONALIZED ELDERLY

ABSTRACT: Objective: to analyze the implications of the aging process on the quality and satisfaction with life of institutionalized elderly people. **Methods:** this is a cross-sectional, exploratory study with a quantitative approach, carried out with elderly people residing in a long-term institution in a city in the midwest of the state of São Paulo. Non-probabilistic convenience sampling composed of 19 participants. Data collection took place during the second quarter of 2020, through interviews and use of a semi-structured instrument, developed by the authors,

the Quality of Life Questionnaire for the Elderly and the Life Satisfaction Scale. Data were analyzed with descriptive and inferential analysis using 1-factor ANOVA. **Results:** 19 elderly women participated, all women, aged between 62 and 92 years old, average of 76 years old, heterosexual, retired and undergoing treatment for some physical illness. For the Satisfaction with Life Scale, the mean total score was 16.16, classified as reasonably dissatisfied. It is emphasized that there were no participants classified as satisfied or extremely dissatisfied. For the assessment of quality of life, most domains are classified as regular (score between 3 and 3.9). The autonomy domain was classified as needing improvement (score between 1 and 2.9) in several analyses. In total, the participants had a quality of life assessment classified as regular, with an overall average score of 3.4. **Conclusions:** it is essential to assess the quality and satisfaction of life of the institutionalized elderly, as an integrating topic of the multidimensional assessment of the elderly.
KEYWORDS: Elderly, Institutionalized Elderly Health, Long-stay Institution for the Elderly, Quality of Life, Personal Satisfaction.

1 I INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o número de pessoas com idade superior a 60 anos chegará a 2 bilhões até 2050, e em 2030 o Brasil terá a quinta maior população idosa do mundo. Em razão do aumento da população idosa, foi alterado o panorama epidemiológico relativo à morbidade e mortalidade, podendo relacionar-se ao aumento do surgimento das doenças crônicas não transmissíveis de forma significativa (SALOMÃO; SANTOS; FERREIRA; LOPES, 2013).

Ao longo do processo de envelhecimento, surgem mudanças muito profundas, passando-se na maioria das vezes de uma vida em família, para uma vida a dois e por fim para uma vida e, solidão (CABRAL; FERREIRA; SILVA; JERÓNIMO; MARQUES, 2013), de forma que ficam desassistidos.

Diante dessa nova realidade que engloba as mudanças na vida das famílias e principalmente na vida do idoso, a Instituição de Longa Permanência para Idosos é apresentada como uma moradia especializada, cuja função é abrigar e proporcionar assistência de saúde, conforme a necessidade de seus residentes (GONÇALVES; AZEVEDO JÚNIOR; SILVA; SOUZA, 2015).

Contudo, as Instituições de Longa Permanência para Idosos não devem ser consideradas um “depósito” para se guardar o idoso, e sim um lugar para se viver em harmonia, não sendo a instituição a responsável em responder pelos abandonos que existem, na maioria dos casos. É necessário que fique claro, independentemente da maneira como o idoso chegou à instituição, que ele precisa viver com dignidade, e, para isso, o Estado, a família e a sociedade também fazem parte da rede de cuidadores de um país que envelhece (FREITAS; NORONHA, 2010).

Nesta perspectiva, há uma sensibilidade tanto na visão da saúde como na atuação social para conhecer as implicações do envelhecimento na vida do idoso, ação de suma

importância para nortear condutas, tratamentos, políticas e proporcionar melhoria na atenção à saúde do idoso. Diante disso, o desenvolvimento de novos estudos nessa nova realidade se faz necessário tendo em vista para evitar intervenções tardias e subsidiar o planejamento e tratamento com vistas à promoção e prevenção de uma melhor qualidade de vida aos idosos.

Assim, este estudo tem por objetivo analisar as implicações do processo de envelhecimento, na qualidade e satisfação com a vida de idosos institucionalizados em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos de cidade do centro-oeste paulista.

2 I MÉTODO

Trata-se de estudo transversal, exploratório, com abordagem quantitativa, realizado com idosos residentes em uma instituição de longa permanência de cidade do centro-oeste do estado de São Paulo, que tem o objetivo acolher e garantir proteção integral aos idosos em situação de vulnerabilidade social.

Optou-se por um modelo de amostragem não-probabilística por conveniência, de forma que o consentimento voluntário do público alvo em participar da pesquisa definiram a amostra final, que foi composta por 19 participantes.

A coleta de dados se deu no decorrer do segundo trimestre de 2020, na própria instituição de residência dos idosos, em espaços que proporcionaram privacidade para o desenvolvimento da mesma. As entrevistas foram realizadas com utilização de instrumento semiestruturado, elaborado pelos autores, para identificação de dados sócio demográficos e aplicação do Questionário de Qualidade de Vida no Idoso (WHOQOL – OLD), que foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde. Abrange perguntas a respeito de sentimentos, pensamentos e qualidade de vida específica para os idosos e permite avaliar a saúde sobre a qualidade de vida dos idosos. Contém 24 questões de forma que avaliam a qualidade de vida em idosos, através de seis domínios: funcionamento do sensório; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; e intimidade (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003), e da Escala de Satisfação com a vida, que é composta por cinco itens que avaliam um dos componentes cognitivo do bem-estar subjetivo (por exemplo, na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal; se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida). Os participantes dão suas respostas em uma escala de 7 pontos, com os extremos 1 (discordo totalmente) e 7 (concordo totalmente) (DIENER; EMMONS; LARSEN; GRIFFIN, 1985).

Os dados coletados compuseram um banco de dados, a partir da digitação de informações no software Microsoft Excel 2018, que foram analisados usando o software Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 20.0, para cálculo das análises descritivas e de comparação entre médias, por meio da ANOVA 1 fator. O nível de significância adotado em ambos os testes foi de $p < 0,05$, que garante confiança de 95% para as afirmações.

Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando a participação e, após, realizaram as entrevistas, seguindo-se as orientações da legislação específica para pesquisas com seres humanos, a Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Educacional do Município de Assis, CAAE 28723820.6.0000.8547, e aprovado com Parecer número 3.919.031, de 16 de março de 2020.

3 I RESULTADOS

Participaram 19 idosas, residentes de uma instituição de longa permanência. Todas mulheres, com idade entre 62 e 92 anos, média de 76 anos, heterossexuais, aposentadas e realizando tratamento para alguma doença física. Demais informações acerca das variáveis que descrevem as participantes estão disponíveis na Tabela 1.

Ainda, a Tabela 1 apresenta os resultados para a aplicação da Escala de Satisfação com a Vida. Para esta escala, a pontuação média total foi de 16,16, classificada em razoavelmente insatisfeito. Enfatiza-se que não houveram participantes classificadas como satisfeitas, nem extremamente insatisfeitas.

Variável	n (%)	Escala de satisfação com a vida					p-valor*
		Extremamente insatisfeito n (%)	Insatisfeito n (%)	Razoavelmente insatisfeito n (%)	Razoavelmente satisfeito n (%)	Média	
Total	19 (100,0)	1 (5,3)	8 (42,1)	5 (26,3)	5 (26,3)	16,16	
Cor de pele							0,891
Branca	16 (84,2)	1 (6,2)	6 (37,5)	5 (31,2)	4 (25,0)	16,31	
Parda	2 (10,5)	0 (0,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	16,00	
Preta	1 (5,3)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	14,00	
Estado civil							0,804
Solteira	5 (26,3)	0 (0,0)	2 (40,0)	2 (40,00	1 (20,0)	16,60	
Viúva	14 (73,7)	1 (7,1)	6 (42,9)	3 (24,4)	4 (28,6)	16,00	
Filhos							0,590
Sim	13 (68,4)	1 (7,7)	6 (46,2)	2 (15,4)	4 (30,8)	15,77	
Não	6 (31,6)	0 (0,0)	2 (33,3)	3 (50,0)	1 (16,7)	17,00	
Religião							0,843
Católica	15 (78,9)	1 (6,7)	7 (46,7)	3 (20,0)	4 (26,7)	16,27	
Evangélica	4 (21,1)	0 (0,0)	1 (25,0)	2 (50,0)	1 (25,0)	15,75	
Transtorno mental							0,592
Não	17 (89,5)	1 (5,9)	7 (41,2)	4 (23,5)	5 (29,4)	16,35	
Sim	2 (10,5)	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (50,00	0 (0,0)	14,50	

IMC							0,224
Peso normal	5 (26,3)	1 (20,0)	0 (0,0)	1 (20,0)	3 (60,0)	18,80	
Sobrepeso	11 (57,9)	0 (0,0)	6 (54,5)	3 (27,3)	2 (18,2)	15,73	
Obesidade I	3 (15,8)	0 (0,0)	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0,0)	13,33	
Acuidade visual							0,967
Prejudicada	10 (52,6)	1 (10,0)	4 (40,0)	2 (20,0)	3 (30,0)	16,20	
Preservada	9 (47,4)	0 (0,0)	4 (44,4)	3 (33,3)	2 (22,2)	16,11	
Acuidade auditiva							0,229
Preservada	17 (89,5)	1 (5,9)	6 (35,3)	5 (29,4)	5 (29,4)	16,59	
Prejudicada	2 (10,5)	0 (0,0)	2 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	12,50	

Tabela 1. Caracterização das participantes e pontuação para a Escala de Satisfação com a Vida (n = 19). (Elaborada pelos autores com dados da pesquisa).

* Anova 1 fator

Para a avaliação da qualidade de vida, a maioria dos domínios são classificados como regular (pontuação entre 3 e 3,9). O domínio autonomia foi classificado como necessita melhorar (pontuação entre 1 e 2,9) em várias análises. No total, as participantes tiveram avaliação da qualidade de vida classificada como regular, com pontuação em média geral de 3,4 (Tabela 2).

	WHOQOL - OLD							
Variável	**Domínio Habilidades Sensoriais**	**Domínio Autonomia**	**Domínio Atividades passadas, presentes e futuras**	**Domínio Participação social**	**Domínio Morte e morrer**	**Domínio Intimidade**	**QV Total**	**p-valor***
Total	3,5	2,9	3,3	3,1	4,5	3,2	3,4	
Cor de pele								**0,327**
Branca	3,5	2,9	3,2	3,0	4,5	3,1	3,3	
Parda	3,1	3,0	3,6	3,1	4,3	3,5	3,4	
Preta	4,3	3,3	4,3	3,5	5,0	4,3	4,1	
Estado civil								**0,271**
Solteira	3,7	3,2	3,6	3,3	4,6	3,3	3,6	
Viúva	3,4	2,8	3,2	3,0	4,4	3,1	3,3	
Filhos								0,343
Sim	3,3	2,8	3,2	3,0	4,4	3,2	3,3	
Não	3,8	3,1	3,5	3,2	4,5	3,2	3,5	
Religião								**0,949**
Católica	3,5	3,0	3,2	3,1	4,4	3,1	3,4	

Evangélica	3,3	2,6	3,5	2,9	4,7	3,3	3,4	
Transtorno mental								**0,280**
Não	3,4	2,9	3,2	3,0	4,4	3,1	3,3	
Sim	3,8	3,0	3,9	3,4	5,0	3,5	3,8	
IMC								**0,116**
Peso normal	2,8	2,9	2,8	2,7	4,1	3,0	3,0	
Sobrepeso	3,7	3,0	3,4	3,2	4,5	3,1	3,5	
Obesidade I	3,7	2,8	3,7	3,3	4,9	3,7	3,7	
Acuidade visual								**0,527**
Prejudicada	3,3	2,9	3,2	3,0	4,5	3,2	3,3	
Preservada	3,6	2,9	3,4	3,2	4,4	3,2	3,5	
Acuidade auditiva								**0,280**
Preservada	3,4	2,9	3,2	3,0	4,5	3,1	3,3	
Prejudicada	3,8	3,0	4,0	3,4	4,5	3,9	3,8	

Tabela 2. Pontuação para avaliação da qualidade de vida (n = 19). (Elaborada pelos autores com dados da pesquisa).

* Anova 1 fator

4 I DISCUSSÃO

O bem-estar do idoso institucionalizado depende de características inerentes ao idoso propriamente dito, à sua família e à instituição que se tornou a sua casa. O bem-estar não depende só de aspetos físicos e de saúde (alimentação, higiene e cuidados médicos) estando relacionado diretamente com a sua qualidade de vida, no que se refere às suas ocupações, relação com as outras pessoas, capacidade de realizar as suas atividades da vida diária e são influenciados pelo sexo, escolaridade, idade, estado civil e condições financeiras (SILVA, 2018).

Na avaliação da qualidade de vida por meio da análise de dados do questionário WHOQOL-OLD, a faceta funcionamento do sensório apresentou escore com média geral de 3,5 pontos, com pontuação mínima de 1,0 e máxima de 4,5. Este domínio corresponde aos sentidos (audição, visão, paladar, olfato e tato) e o quanto a perda desses influencia a vida diária, a capacidade de participar em atividades e a capacidade de interagir com outras pessoas e família.

O suporte familiar contribui de maneira significativa para a manutenção e, a integridade física e psicológica do indivíduo. Embora a diminuição na acuidade auditiva, visual, gustativa, olfativa e tátil seja considerada decorrência do processo natural de envelhecimento, é importante que a instituição obtenha informações prévias sobre qual o nível de dificuldade dos idosos para compreender e fazer com que eles participem das atividades propostas para

o grupo como um todo (SILVA; FEDOSSE; PASCOTINI; RIEHS, 2019).

Assim, concluímos que o domínio funcionamento do sensório pode ser considerado regular, de forma que os órgãos sentidos influenciam de forma satisfatória na qualidade de vida dos idosos.

Seguindo com a avalição da qualidade de vida, observamos que, a faceta autonomia obteve média geral de 2,9 pontos, com pontuação mínima de 2,00 e máxima de 3,30. A faceta autonomia representou o menor escore (média de 2,9) dentre os resultados com relação à avaliação da qualidade de vida, referindo-se à independência e à capacidade de tomar decisões, sendo percebida pelos idosos pesquisados, como insatisfatória.

Os idosos, muitas vezes, percebem que as pessoas da instituição em que residem não respeitam sua liberdade, não lhes permitindo tomar decisões acerca do que gostariam de fazer em sua vida ou ainda, planejar seu futuro (NUNES; MENEZES; ALCHIERI, 2010).

A diminuição das capacidades visual, auditiva, cognitiva e física do idoso muitas vezes compromete sua autonomia e independência, refletindo significativamente em sua qualidade de vida.

Estudo realizado na cidade de Barra Bonita/SP (DIAS; CARVALHO; ARAÚJO, 2013) obteve menor escore na faceta autonomia quando comparado às outras, resultado condizente ao da presente pesquisa. Esta condição pode estar relacionada com a dificuldade dos idosos em tomarem as suas próprias decisões; agir com liberdade e de acordo com os seus desejos (FONSECA; FIRMO; LOYOLA FILHO; UCHÔA, 2010).

Nesse contexto concluímos que a faceta autonomia pode ser considerada baixa, e precisa melhorar, pois, quando se refere à independência na velhice, a tomada de suas próprias decisões não é o que os entrevistadores encontraram nessa pesquisa.

Com relação às Atividades Presentes, passadas e futuras, observa-se que a média geral foi de 3,3 pontos, com pontuação mínima de 1,8 e máxima de 4,5. Os resultados deste estudo apontam que a população estudada esperava, na velhice, ter participação nas atividades cotidianas, principalmente na comunidade; participar de atividades sociais, ter oportunidades e sentir-se amado, estar satisfeito com as realizações, objetivos alcançados e projetos durante a vida.

Isso aponta que os idosos entrevistados demonstraram nem insatisfação, nem satisfação quanto aos aspectos relacionados às atividades anteriormente realizadas, aquelas que ainda estão sendo realizadas e as que ainda poderão ser feitas. Assim, podemos concluir que a faceta pode ser considerada regular, pois se refere a atividades passadas, presentes e futuras descrevendo a satisfação sobre conquistas na vida, projetos e anseios futuros.

Em relação à avaliação da faceta de participação social, observou que a média geral foi de 3,1 pontos, com a pontuação mínima de 2,0 e máxima de 4,3. No que se refere à participação social, é ela que delineia a participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade em que o idoso está inserido. Nesse contexto podemos concluir que a faceta de participação social é considerada regular.

Na análise dos dados desta pesquisa, referente à qualidade de vida, pode-se observar que a média na faceta morte e morrer foi de 4,5 pontos, com pontuação mínima de 3,5 e máxima de 5,0. Concluímos que essa faceta pode ser considerada boa, pois está relacionada às preocupações, inquietações, expectativas e temores sobre a morte e morrer.

Na faceta morte e morrer foi observado o maior escore, indicando que os idosos deste estudo, estão satisfeitos em relação aos sentimentos, inquietações e temores com a morte e morrer. Nesse contexto, as interpretações e sentimentos variam de um ser humano para outro, uns compreendem como fim do processo da velhice variável e individual, que surge com a progressão do tempo, da idade adulta ao fim da vida como um relógio biológico finalizando sua programação desde o nascimento (COSTA, 2017).

Observamos que na avaliação da qualidade de vida dos idosos, conforme o instrumento e suas facetas, a faceta de intimidade obteve a média 3,2 pontos, com a pontuação mínima de 2,25 e máxima de 4,25.

O relacionamento entre os moradores de um asilo é um fenômeno complexo, porque depende da disposição e expectativas deles, bem como, das condições externas que favorecerão, ou não, a formação de vínculos afetivos. Os estudiosos das questões relacionadas ao âmbito asilar concordam que os amigos existentes nessas instituições são importantes e tidos como fatores de elevação da qualidade de vida asilar (SILVA; CARVALHO; SANTOS; MENEZES, 2007; ALMEIDA; MAIA, 2010; CAMARANO; BARBOSA, 2016).

Com esses dados podemos concluir que a faceta intimidade pode ser considerada regular, pois ela avalia a capacidade de ter relações pessoais e íntimas entre os idosos institucionalizados.

Na avaliação da percepção da qualidade de vida através da análise dos dados do questionário WHOQOL-OLD, de modo geral concluímos que, a média maior foi para a faceta de "morte e morrer", seguido da faceta do funcionamento do sensório, em seguida a faceta atividades passadas, presentes e futuras, da faceta de intimidade, próximo da faceta de participação social e por último a faceta que obteve a menor média foi a de autonomia. As médias desta pesquisa foram classificadas como regulares de modo geral.

Em relação à escala de satisfação com a vida, obteve a prevalência de insatisfação com a vida, cerca de 42% dos idosos entrevistados se dizem insatisfeitos com a vida na institucionalização, 5% foi observado extrema insatisfação e 26% razoavelmente insatisfeitos.

A insatisfação também pode ser explicada, em parte, pelo fato do idoso ser obrigado a conviver com desconhecidos, a seguir uma rotina de horários, perder parte de seu poder de escolha e o sentimento de ser apenas mais um dentro da coletividade ou da instituição (SILVA; SOUSA; FERREIRA; PEIXOTO, 2012).

A satisfação com a vida é o julgamento subjetivo que alguém faz sobre sua própria vida e constitui-se como importante indicador da qualidade de vida de uma pessoa influenciado por fatores sociodemográficos, econômicos, de saúde, entre outros. É um fenômeno complexo, avaliado no todo ou em relação a um aspecto específico da vida e/ou saúde das pessoas

(MANTOVANI; LUCCA; NERI, 2016).

5 I CONCLUSÃO

A realização deste estudo proporcionou a avaliação sobre a qualidade e satisfação com a vida de idosos residentes em uma instituição de longa permanência para idosos no interior do estado de São Paulo. A partir da identificação dos aspectos sociodemográficos que os envolvem, das atividades inerentes à saúde e à sua institucionalização, além dos aspectos relacionados com a qualidade de vida, medidas pelas facetas do WHOQOL-OLD, consideradas relevantes para os idosos.

A avaliação da qualidade de vida de idosos institucionalizados é fundamental para descobrir até que ponto o idoso que está inserido em um ambiente em que há interrupção parcial ou total de sua rede de apoio social é bem sucedido, tanto em termos de bem-estar quanto de satisfação com a vida. Os resultados desta pesquisa mostraram que, de maneira geral, a qualidade de vida dos idosos institucionalizados foi avaliada como regular.

Embora a institucionalização constitua-se em uma estratégia utilizada para idosos que se encontram abandonados, que não disponham de cuidadores domiciliares ou de suporte social, é preciso ampliar os programas de promoção de saúde nas seis facetas estudadas da qualidade de vida, principalmente na faceta autonomia em que os resultados sugerem insatisfação, para que os idosos que residem em instituições de longa permanência venham a ter melhor qualidade de vida e consequentemente melhor saúde e bem-estar social, adotando cuidados básicos com a saúde, ampliando a aquisição positiva para a qualidade de vida no ponto de vista físico, mental e social.

Diante disso, torna-se fundamental a avaliação da qualidade e satisfação de vida do idoso institucionalizado, como tópico integrador da avaliação multidimensional da pessoa idosa. O propósito é intervir o mais precocemente possível, para evitar desfechos negativos em saúde, prorrogar os anos de vida e fazer da instituição um ambiente de conforto e bem-estar, contribuindo para o envelhecimento ativo e a melhoria da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. K.; MAIA, E. M. C. Amizade, idoso e qualidade de vida: revisão bibliográfica. **Psicol. estud.**, v. 15, n. 4, p. 743-750, 2010. https://doi.org/10.1590/S1413-73722010000400010.

CABRAL, M. V.; FERREIRA, P. M.; SILVA, P. A.; JERÓNIMO, P.; MARQUES, T. **Processos de Envelhecimento em Portugal**. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2013.

CAMARANO, A. A.; BARBOSA, P. **Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: do que se está falando?** In: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea; 2016. p. 479-514.

COSTA, A. A. **Qualidade de vida de idosos na cidade de Parintins – Amazonas**. Trabalho de conclusão de curso (Graduação). Manaus: Universidade do Estado do Amazonas; 2017.

DIAS, D. S. G.; CARVALHO, C. S.; ARAÚJO, C. V. Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 16, n. 1, p. 127-138, 2013. https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000100013.

DIENER, R.; EMMONS, R. A.; LARSEN, R. J.; GRIFFIN, S. The Satisfaction With Life Scale. **J Pers Assess**, v. 49, n. 1, p. 71-75, 1985. http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 793-799, 2003. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000600016.

FONSECA, M. G. U. P.; FIRMO, J. O. A.; LOYOLA FILHO, A. I.; UCHÔA, E. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 159-165, 2010. https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000100017.

FREITAS, A. V. S.; NORONHA, C. V. Idosos em instituições de longa permanência: falando de cuidado. **Interface (Botucatu)**, v. 14, n. 33, p. 359-369. https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000200010.

GONÇALVES, M. J. C.; AZEVEDO JÚNIOR, S. A.; SILVA, J.; SOUZA, L. N. A importância da assistência do enfermeiro ao idoso institucionalizado em instituição de longa permanência. **Recien**, v. 5, n. 14, p. 12-18, 2015. https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2015.5.14.12-18.

MANTOVANI, E. P.; LUCCA, S. R.; NERI, A. L. Associações entre significados de velhice e bem-estar subjetivo indicado por satisfação em idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 19, n. 2, p. 203-222, 2016. https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150041.

NUNES, V. M. A.; MENEZES, R. M. P.; ALCHIERI, J. C. Avaliação da Qualidade de Vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. **Acta Scientiarum**, v. 32, n. 2, p. 119-126, 2010. https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v32i2.8479.

SALOMÃO, C. B.; SANTOS, L. C.; FERREIRA, A. D.; LOPES, A. C. S. Fatores associados à hipertensão arterial em usuários de serviço de promoção à saúde. **Rev Min Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 32-38, 2013. http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130004.

SILVA, C. A.; CARVALHO, L. S.; SANTOS, A. C. P. O.; MENEZES, M. R. Vivendo após a morte de amigos: história oral de idosos. **Texto contexto - enferm.**, v. 16, n. 1, p. 97-104, 2007. https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000100012.

SILVA, E. R.; SOUSA, A. R. P.; FERREIRA, L. B.; PEIXOTO, H. M. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 46, n. 6, p. 1387-1393, 2012. https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600015.

SILVA, M. M. R. S. **Grau de satisfação dos idosos institucionalizados em Lar. A importância da Gestão para o Bem-Estar psicossocial do idoso**. Dissertação (mestrado). Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias; 2018.

SILVA, R. S.; FEDOSSE, E.; PASCOTINI, F. S.; RIEHS, E. B. Condições de saúde de idosos institucionalizados: contribuições para ação interdisciplinar e promotora de saúde. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, v. 27, n. 2, p. 345-356, 2019. https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1590

SOBRE O ORGANIZADOR

DANIEL AUGUSTO DA SILVA - Doutor (2021) e Mestre (2014) em Ciências pela Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. Possui pós-graduação lato sensu em Enfermagem do Trabalho e Saúde Ocupacional (2021) pela Faculdade Educamais; Metodologias Ativas e o Uso de Tecnologia no Ensino em Saúde (2020) pela Universidade Pitágoras Unopar; Enfermagem Oncológica (2017) pela Universidade Municipal de São Caetano do Sul; Formação Integrada Multiprofissional em Educação Permanente em Saúde (2015) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Auditoria e Gestão em Serviços de Saúde (2014) pela Faculdade Iguaçu; Saúde Pública - abrangência: Programa Saúde da Família (2008) pelas Faculdades Integradas do Vale do Ivaí. Bacharel em Enfermagem pela Universidade Paulista (2008). Atua como docente de graduação em Enfermagem na Fundação Educacional do Município de Assis na Universidade Estadual do Norte do Paraná; e na especialização lato sensu em Enfermagem em Urgência e Emergência no Centro Universitário de Lins. Possui experiência no atendimento de Enfermagem em Urgência e Emergência, Clínica Médica, Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Ambulatório de Especialidades. É membro do corpo editorial da Revista Intelecto; revisor de periódicos na área da saúde.

AVALIAÇÃO EM SAÚDE:

ALICERCE PARA A PRÁTICA

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

@atenaeditora

www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena Editora

Ano 2021

AVALIAÇÃO EM SAÚDE:

ALICERCE PARA A PRÁTICA

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena Editora
Ano 2021